Deutscher Bundestag **Drucksache 16/2474**

16. Wahlperiode 30. 08. 2006

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)

A. Problem und Ziel

Der 107. Deutsche Ärztetag 2004, der Deutsche Zahnärztetag 2004 und nachfolgend der 7. Deutsche Psychotherapeutentag 2006 in Dortmund haben das jeweilige Berufsrecht liberalisiert und flexibilisiert, indem die Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften erleichtert, die Tätigkeit an weiteren Orten erlaubt und die Zulässigkeit der Anstellung von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten gelockert werden. Diese berufsrechtlichen Änderungen sind in das Vertragsarztrecht zu transformieren, um die vertragsärztliche Berufsausübung effizienter und damit wettbewerbsfähiger zu gestalten.

Trotz einer bundesweit ausreichenden hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung besteht in einigen Regionen, insbesondere in den neuen Ländern, kurz- und mittelfristig die Gefahr von Versorgungsengpässen, zu deren Behebung die bisherigen Sicherstellungsinstrumente ergänzt werden müssen. Deshalb sind – neben den Maßnahmen zur vertragsärztlichen Flexibilisierung – weitere organisationsrechtliche Instrumente zur Abmilderung regionaler Versorgungsprobleme notwendig.

Bei der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes hat sich gezeigt, dass Klarstellungsbedarf hinsichtlich der Voraussetzungen für die Gründung medizinischer Versorgungszentren besteht, der Einzug der Praxisgebühr teilweise auf Schwierigkeiten stößt und die Patientenbeteiligung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht ausreichend verankert ist. Diese Umsetzungshemmnisse sind zu beseitigen.

Die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich ist auf Grund des zwischenzeitlichen Zeitablaufs nicht mehr zum gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkt 1. Januar 2007 möglich.

Zur Förderung der integrierten Versorgung bedarf es einer Verlängerung der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführten Anschubfinanzierung.

B. Lösung

Auf der individuellen Vertragsarztebene enthält das Gesetz zahlreiche Erleichterungen der vertragsärztlichen Leistungserbringung, indem es insbesondere

– örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern (auch den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung überschreitend) zulässt,

– die vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten (auch den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung überschreitend) erlaubt,
– die Anstellung von Ärzten ohne nummerische Begrenzung und auch fachgebietsübergreifend zulässt,
– die Altersgrenze für den Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit von 55 Jahren und die Altersgrenze für das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit von 68 Jahren in unterversorgten Planungsbereichen aufhebt.

Auf der Landesebene wird den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen ermöglicht, noch wirksamer auf die Beseitigung von Versorgungslücken hinzuwirken, und zwar auch dann, wenn der (gesamte) Planungsbereich nicht unterversorgt ist.

Darüber hinaus wird die wirtschaftliche Situation der Heilberufe in den neuen Ländern dadurch verbessert, dass der Vergütungsabschlag bei der Honorierung der Privatbehandlung in den entsprechenden staatlichen Gebührenordnungen aufgehoben wird.

Die Schwierigkeiten bei der Gründung von medizinischen Versorgungszentren, bei der Eintreibung der Praxisgebühr sowie bei der Umsetzung der Patientenbeteiligung werden durch gesetzliche Klarstellungen beseitigt.

Die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich wird auf den 1. Januar 2009 verschoben. Die Anschubfinanzierung bei der integrierten Versorgung wird um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2007 verlängert.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Für Bund, Länder und Gemeinden entstehen als Beihilfekostenträger durch die Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung Mehraufwendungen von jährlich rd. 6,5 Mio. Euro. Die Auswirkungen der Änderung des Sozialgerichtsgesetzes auf die öffentlichen Haushalte können nicht präzise vorausgesagt werden.

E. Sonstige Kosten

Der Erstattung weiterer Kosten der Patientinnenvertreterinnen und -vertreter in den Selbstverwaltungsgremien auf Bundes- und Landesebene belastet die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen insgesamt mit ca. 0,3 Mio. Euro. Gleichzeitig werden Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Krankenkassen durch die Erhöhung der nach den Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte zu entrichtenden Gebühren – in jedoch nicht quantifizierbarer Höhe – entlastet. Die Mehrausgaben der Krankenkassen für Leistungen der freiberuflich tätigen Hebammen im Beitrittsgebiet belaufen sich auf jährlich rd. 3,8 Mio. Euro.

Die Regelungen zur Flexibilisierung der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen, zur Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Leistungserbringung durch medizinische Versorgungszentren sowie zur Schaffung organisationsrechtlicher Instrumente zur Abmilderung regionaler Versorgungsprobleme haben für die Krankenkassen keine kostenwirksamen Auswirkungen.

Insgesamt ergeben sich für die Krankenkassen damit keine beitragssatzrelevanten Mehrausgaben.

Durch die Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung erhöhen sich die Ausgaben der privaten Krankenversicherung um jährlich rd. 15 Mio. Euro. Im Übrigen entstehen für die Wirtschaft, insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen, keine zusätzlichen Kosten. Nennenswerte Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

Berlin, 30. August 2006

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Dr. Norbert Lammert
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des
Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Der Bundesrat hat in seiner 824. Sitzung am 7. Juli 2006 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 2 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in der als Anlage 3 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Mit freundlichen Grüßen

Angela Merkel

Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. § 43b Abs. 2 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

      „In den Fällen des Satzes 3 hat die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung im Auftrag der Krankenkasse die Einziehung der Zuzahlung zu übernehmen, wenn der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlt. Sie können hierzu Verwaltungsakte gegenüber den Versicherten erlassen. Klagen gegen Verwaltungsakte nach Satz 5 haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt.“

   b) Der bisherige Satz 4 wird wie folgt gefasst:

      „In den Bundesmantelverträgen kann ein von Satz 4 abweichendes Verfahren vereinbart werden; das Nähere zum Verfahren nach den Sätzen 1, 2 und 4 bis 7 ist in den Bundesmantelverträgen zu vereinbaren.“

2. Dem § 75 Abs. 7 wird folgender Satz angefügt:

   „Die Richtlinie nach Satz 1 Nr. 2 kann auch Regelungen über die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie über Verfahren bei Disziplinarangelegenheiten bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen haben, treffen, soweit hierzu nicht in den Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind.“

3. In § 77 Abs. 3 werden nach den Wörtern „angestellten Ärzte“ ein Komma und die Wörter „die bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und 9a angestellten Ärzte“ eingefügt und folgender Satz 2 angefügt:

   „Voraussetzung der Mitgliedschaft angestellter Ärzte in der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ist, dass sie mindestens halbtags beschäftigt sind.“

4. § 85 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 3d Satz 7 werden nach dem Wort „Berlin“ die Wörter „und nicht für die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen“ eingefügt.

   b) In Absatz 4 Satz 6 werden nach dem Wort „Vertragsarztes“ die Wörter „entsprechend seines Versorgungsauftrages nach § 95 Abs. 3 Satz 1“ eingefügt.

   c) Absatz 4b wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Zahnärzte“ ein Komma und die Wörter „für bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellte Zahnärzte und für in medizinischen Versorgungszentren angestellte Zahnärzte“ eingefügt.

      bb) In Satz 3 wird das Wort „Gemeinschaftspraxen“ durch das Wort „Berufsausübungsgemeinschaften“ ersetzt und das Wort „gleichberechtigten“ gestrichen.

      cc) Die Sätze 4 bis 6 werden aufgehoben.

      dd) Der bisherige Satz 7 wird wie folgt geändert:

         Die Wörter „um 70 vom Hundert je ganztägig angestelltem Zahnarzt im Sinne des § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte und“ werden gestrichen.

      ee) Der bisherige Satz 8 wird wie folgt gefasst:

         „Bei Teilzeit oder nicht ganzjähriger Beschäftigung verringert sich die Punktmengengrenze nach Satz 1 oder die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge nach Satz 4 entsprechend der Beschäftigungsdauer.“

   d) Absatz 4d wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Vertragszahnärzte“ ein Komma und die Wörter „welche bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Zahnärzte und welche in medizinischen Versorgungszentren angestellten Zahnärzte“ eingefügt.

      bb) In Satz 3 werden die Wörter „der angestellten Zahnärzte nach § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte und“ gestrichen.

5. § 95 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 werden nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt:

      „Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige un-

terschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.“

c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Versorgung“ die Wörter „im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages“ eingefügt.

d) In Absatz 6 Satz 2 werden nach dem Wort „Halbsatz“ die Wörter „länger als sechs Monate“ eingefügt und die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 7 werden die Wörter „mit Vollendung des 68. Lebensjahres“ durch die Wörter „am Ende des Kalendervierteljahres, in dem diese ihr 68. Lebensjahr vollenden“ ersetzt und nach dem Semikolon folgender Halbsatz eingefügt:

„Die Sätze 8 und 9 gelten entsprechend;“.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 festgestellt, dass in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht, gilt Satz 3 nicht. Die Zulassung endet spätestens ein Jahr nach Aufhebung der Feststellung nach Satz 8.“

f) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

„(9) Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen. Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend.“

g) Nach Absatz 9 wird folgender Absatz 9a eingefügt:

„(9a) Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die von einer Hochschule mindestens halbtags als angestellte oder beamtete Hochschullehrer für Allgemeinmedizin beschäftigt werden und in das Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind diese angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.“

6. § 98 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 10 werden nach dem Wort „Tätigkeit“ die Wörter „sowie die nähere Bestimmung des zeitlichen Umfangs des Versorgungsauftrages aus der Zulassung“ eingefügt.

b) In Nummer 12 werden nach dem Wort „soweit“ die Wörter „die Zulassung oder“ eingefügt.

c) In Nummer 13 wird das Wort „gemeinsam“ durch die Wörter „an weiteren Orten“ ersetzt.

d) Nach Nummer 13 wird folgende Nummer 13a eingefügt:

„13a. die Voraussetzungen, unter denen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben können,“.

7. Dem § 100 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen obliegt nach Maßgabe der Richtlinien nach § 101 Abs. 1 Nr. 3a die Feststellung, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.“

8. § 101 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. allgemeine Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 3 einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können,“

bbb) In Nummer 4 werden nach dem Wort „Fachgebiets“ die Wörter „oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, derselben Facharztbezeichnung“ eingefügt, das Wort „Gemeinschaftspraxis“ durch das Wort „Berufsausübungsgemeinschaft“ ersetzt und im letzten Halbsatz die Angabe „und 4“ gestrichen.

ccc) In Nummer 5 werden die Wörter „eines ganztags beschäftigten Arztes oder zweier halbtags beschäftigter Ärzte“ durch die Wörter „von Ärzten“ ersetzt, nach dem Wort „Fachgebiets“ die Wörter „oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, mit derselben Facharztbezeichnung in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind“ eingefügt, das erste Semikolon durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz eingefügt:

„und Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist;“

sowie das zweite Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der folgende Halbsatz gestrichen.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Sofern die Weiterbildungsordnungen mehrere Facharztbezeichnungen innerhalb desselben Fachgebiets vorsehen, bestimmen die Richtlinien nach den Nummern 4 und 5 auch, welche Facharztbezeichnungen bei der gemeinschaftlichen Berufsausübung nach Nummer 4 und bei der Anstellung nach Nummer 5 vereinbar sind.“

cc) In dem bisherigen Satz 6 werden die Wörter „einer Planungsregion“ durch die Wörter „einem Planungsbereich“ ersetzt und nach dem Wort „sind“ die Wörter „Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 sowie die bei einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Ärzte und“ eingefügt.

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Leistungsbegrenzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 endet bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen. Endet die Leistungsbegrenzung, wird der angestellte Arzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mitgerechnet.“

9. § 102 wird aufgehoben.

10. Nach § 103 Abs. 4a wird folgender Absatz 4b eingefügt:

„(4b) Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um bei einem Vertragsarzt als nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellter Arzt tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich. Die Nachbesetzung der Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.“

11. In § 105 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz wird die Angabe „§ 100 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 100 Abs. 1 und 3“ ersetzt.

12. § 121a Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:

„2. Zugelassene medizinische Versorgungszentren,“.

b) Die bisherigen Nummern 2 bis 4 werden die Nummern 3 bis 5.

13. In § 140b Abs. 4 Satz 2 wird die Angabe „2006“ durch die Angabe „2007“ ersetzt.

14. § 140d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2006“ durch die Angabe „2007“ ersetzt.

bb) In Satz 5 wird das Wort „drei“ durch das Wort „vier“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2006“ durch die Angabe „2007“ ersetzt.

c) In Absatz 4 werden nach den Wörtern „Vergütung werden“ die Wörter „bis zum 31. Dezember 2007 nur“ eingefügt.

15. § 140f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 1 Nr. 3“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.“

c) In Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.“

d) In Absatz 5 Satz 1 werden hinter dem Wort „Reisekostenvergütung“ ein Komma und die Wörter „Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung.“ eingefügt.

16. § 268 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2007“ durch die Angabe „2009“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit regelt bis zum 31. Dezember 2009 durch Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1.“

bb) In Satz 4 wird die Angabe „2006“ durch die Angabe „2008“ ersetzt.

c) In Absatz 3 Satz 13 werden nach dem Wort „Risikostrukturausgleichs“ die Wörter „sowie für seine weitere Entwicklung“ eingefügt.

17. § 285 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird die Angabe „§ 83 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 106a“ ersetzt.

b) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die nach Absatz 1 und 2 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten der für die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 1, 2, 4, 5 und 6 genannten Aufgaben erforderlich ist. Die zuständige Kassenärztliche und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung dürfen die nach Absatz 1 und 2 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten der medizinischen Versorgungszentren, die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen erbringen, auf Anforderung untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 2 sowie in § 106a genannten Aufgaben erforderlich ist.“

Artikel 2

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

In § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Gesetz vom … geändert worden ist, wird die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ ersetzt.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

In § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Gesetz vom … geändert worden ist, werden nach dem Wort „werden“ die Wörter „oder ab dem Jahr 2008 Kosten für Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden und noch im Ausgangswert enthalten sind,“ eingefügt.

Artikel 4

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

§ 192 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntgabe vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

   „(1a) Betrifft das Verfahren die Anfechtung eines Bescheides der Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf Zahlung der nach § 28 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu zahlenden Zuzahlung, hat das Gericht dem Kläger einen Kostenbetrag mindestens in Höhe des Betrages nach § 184 Abs. 2 für die jeweilige Instanz aufzuerlegen, wenn

   1. die Einlegung der Klage missbräuchlich war,
   2. die Kassenärztliche Vereinigung spätestens in dem Bescheid den Kläger darauf hingewiesen hat, dass den Kläger die Pflicht zur Zahlung eines Kostenbetrages treffen kann.

   Die Gebührenpflicht der Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nach § 184 entfällt in diesem Fall.“

2. In Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „und Absatz 1a“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

   „(3) Diese Verordnung gilt für

   1. die Psychotherapeuten und die dort angestellten Psychotherapeuten,
   2. die medizinischen Versorgungszentren und die dort angestellten Ärzte und Psychotherapeuten sowie
   3. die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte und Psychotherapeuten

   entsprechend.“

2. In § 12 Abs. 3 Satz 1 werden die Wörter „Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

3. § 18 Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

   a) In Buchstabe a werden die Wörter „Gebiets-, Teilgebiets-“ durch die Wörter „Facharzt-, Schwerpunkt-“ ersetzt.

   b) In Buchstabe b wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

   c) Es wird folgender Buchstabe c angefügt:

      „c) gegebenenfalls eine Erklärung nach § 19a Abs. 2 Satz 1, mit der der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt wird.“

4. In der Überschrift des VI. Abschnitts wird das Wort „Kassenarztsitz“ durch das Wort „Vertragsarztsitz“ ersetzt.

5. Nach § 19 wird folgender § 19a eingefügt:

   „§ 19a

   (1) Die Zulassung verpflichtet den Arzt, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben.

   (2) Der Arzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 zu beschränken. Die Beschränkung des Versorgungsauftrages wird entweder im Rahmen eines Beschlusses nach § 19 Abs. 1 oder durch gesonderten Beschluss festgestellt.

   (3) Auf Antrag des Arztes kann eine Beschränkung des Versorgungsauftrages nach Absatz 2 Satz 2 durch Beschluss aufgehoben werden. Der Antrag muss schrift-

lich gestellt werden. Es gelten die Vorschriften dieses Abschnitts mit Ausnahme des § 25.“

6. Dem § 20 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

   „Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar.“

7. § 24 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 3 wird durch folgende Absätze 3 bis 6 ersetzt:

      „(3) Vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig, wenn und soweit

      1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und

      2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

      Sofern die weiteren Orte im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung liegen, in der der Vertragsarzt Mitglied ist, hat er bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf vorherige Genehmigung durch seine Kassenärztliche Vereinigung. Sofern die weiteren Orte außerhalb des Bezirks seiner Kassenärztlichen Vereinigung liegen, hat der Vertragsarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er die Tätigkeit aufnehmen will; der Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er seinen Vertragsarztsitz hat, sowie die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen sind vor der Beschlussfassung anzuhören. § 31 Abs. 9 gilt nicht. Der nach Satz 3 ermächtigte Vertragsarzt kann die für die Tätigkeit an seinem Vertragsarztsitz angestellten Ärzte auch im Rahmen seiner Tätigkeit an dem weiteren Ort beschäftigen. Er kann außerdem Ärzte für die Tätigkeit an dem weiteren Ort nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragsarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. Zuständig für die Genehmigung der Anstellung nach Satz 6 ist der für die Erteilung der Ermächtigung nach Satz 3 zuständige Zulassungsausschuss. Keiner Genehmigung bedarf die Tätigkeit eines Vertragsarztes an einem der anderen Vertragsarztsitze eines Mitglieds der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Abs. 2, der er angehört.

      (4) Die Genehmigung und die Ermächtigung zur Aufnahme weiterer vertragsärztlicher Tätigkeiten nach Absatz 3 können mit Auflagen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Erfüllung der Versorgungspflicht des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz und an den weiteren Orten unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Ärzte erforderlich ist. Das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.

      (5) Erbringt der Vertragsarzt spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz (ausgelagerte Praxisräume), hat er Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.

      (6) Ein Vertragsarzt darf die Facharztbezeichnung, mit der er zugelassen ist, nur mit vorheriger Genehmigung des Zulassungsausschusses wechseln.“

   b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 7.

8. Dem § 25 wird folgender Satz angefügt:

   „Satz 1 gilt nicht, wenn

   1. dies zur Beseitigung einer vom Landesausschuss nach § 16 Abs. 2 festgestellten Unterversorgung erforderlich ist und

   2. Ärzte in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und 9a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angestellt werden.“

9. In der Überschrift des IX. Abschnitts wird das Wort „Gemeinschaftspraxis“ durch das Wort „Berufsausübungsgemeinschaft“ ersetzt.

10. § 32b Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

    „(1) Der Vertragsarzt kann Ärzte nach Maßgabe des § 95 Abs. 9 und 9a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anstellen. In den Bundesmantelverträgen sind einheitliche Regelungen zu treffen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Ärzte unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Vertragsarztes.“

11. § 33 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 3 werden der den Satz abschließende Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

       „dies gilt nicht für medizinische Versorgungszentren.“

    b) Absatz 2 wird durch folgende Absätze 2 und 3 ersetzt:

       „(2) Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist zulässig unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern an einem gemeinsamen Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft). Sie ist auch zulässig bei unterschiedlichen Vertragsarztsitzen der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft), wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des jeweiligen Mitglieds an seinem Vertragsarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Ärzte und Psychotherapeuten in dem erforderlichen Umfang gewährleistet ist sowie das Mitglied und die bei ihm angestellten Ärzte und Psychotherapeuten an den Vertragsarztsitzen der anderen Mitglieder nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden. Die gemeinsame Berufsübung, bezogen auf

einzelne Leistung, ist zulässig, sofern diese Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungserbringern gebildet wird.

(3) Die Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Für überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragsarztsitzen in mehreren Zulassungsbezirken einer Kassenärztlichen Vereinigung wird der zuständige Zulassungsausschuss durch Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt. Hat eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen, so hat sie den Vertragsarztsitz zu wählen, der maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die auf die gesamte Leistungserbringung dieser überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, zur Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. Die Wahl hat jeweils für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren unwiderruflich zu erfolgen. Die Genehmigung kann mit Auflagen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Anforderungen nach Absatz 2 erforderlich ist; das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.“

12. § 36 wird wie folgt geändert:

    a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

    b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

       „(2) In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die Patientenvertreterinnen und -vertreter unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen unter Angabe der Tagesordnung zu laden.“

13. § 41 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

    a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

       „In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nehmen die Patientenvertreterinnen und -vertreter mit beratender Stimme an den Sitzungen teil; sie haben ein Recht auf Anwesenheit bei der Beschlussfassung.“

    b) In Absatz 5 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

       „In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Patientenvertreterinnen und -vertreter eine Abschrift des Beschlusses.“

14. Dem § 42 wird folgender Satz angefügt:

    „Die Patientenvertreterinnen und -vertreter erhalten eine Niederschrift über die Tagesordnungspunkte der Sitzung, die sie gemäß § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mitberaten haben.“

15. In § 44 werden die Wörter „mit Angabe von Gründen“ gestrichen.

16. § 46 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

       aa) In den Buchstaben a und b wird jeweils die Zahl „25“ durch die Zahl „100“ ersetzt.

       bb) In Buchstabe c wird die Zahl „30“ durch die Zahl „120“ ersetzt.

       cc) Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

           „d) bei Einlegung eines Widerspruchs, durch den der Arzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung die Änderung eines Verwaltungsaktes anstrebt, 200 Euro.“

    b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

       aa) In den Buchstaben a und b wird jeweils die Zahl „100“ durch die Zahl „400“ ersetzt.

       bb) In Buchstabe c werden die Angabe „§ 97“ gestrichen, nach dem Wort „Arztes“ die Wörter „bei einem Vertragsarzt,“ eingefügt und die Zahl „100“ durch die Zahl „400“ ersetzt.

       cc) In Buchstabe d wird die Zahl „100“ durch die Zahl „400“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch … (BGBl. I S. …), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 3 werden nach dem Wort „dort“ die Wörter „und bei Vertragszahnärzten“ eingefügt.

2. In § 12 Abs. 3 Satz 1 werden die Wörter „Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

3. In § 18 Abs. 1 Satz 3 werden in Buchstabe b der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe c angefügt:

   „c) gegebenenfalls eine Erklärung nach § 19a Abs. 2 Satz 1, mit der der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt wird.“

4. In der Überschrift des VI. Abschnitts wird das Wort „Kassenzahnarztsitz“ durch das Wort „Vertragszahnarztsitz“ ersetzt.

5. Nach § 19 wird folgender § 19a eingefügt:

   „§ 19a

   (1) Die Zulassung verpflichtet den Zahnarzt, die vertragszahnärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben.

   (2) Der Zahnarzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 zu beschränken. Die Beschränkung

des Versorgungsauftrages wird entweder im Rahmen eines Beschlusses nach § 19 Abs. 1 oder durch gesonderten Beschluss festgestellt.

(3) Auf Antrag des Zahnarztes kann eine Beschränkung des Versorgungsauftrages nach Absatz 2 Satz 2 durch Beschluss aufgehoben werden. Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. Es gelten die Vorschriften dieses Abschnitts mit Ausnahme des § 25.“

6. Dem § 20 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragszahnarztes vereinbar.“

7. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird durch folgende Absätze 3 bis 6 ersetzt:

„(3) Vertragszahnärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragszahnarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig, wenn und soweit

1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

Sofern die weiteren Orte im Bezirk der Kassenzahnärztlichen Vereinigung liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, hat er bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf vorherige Genehmigung durch seine Kassenzahnärztliche Vereinigung. Sofern die weiteren Orte außerhalb des Bezirks seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung liegen, hat der Vertragszahnarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er die Tätigkeit aufnehmen will; der Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er seinen Vertragszahnarztsitz hat, sowie die beteiligten Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind vor der Beschlussfassung anzuhören. § 31 Abs. 9 gilt nicht. Der nach Satz 3 ermächtigte Vertragszahnarzt kann die für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte auch im Rahmen seiner Tätigkeit an dem weiteren Ort beschäftigen. Er kann außerdem Zahnärzte für die Tätigkeit an dem weiteren Ort nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragszahnarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. Zuständig für die Genehmigung der Anstellung nach Satz 6 ist der für die Erteilung der Ermächtigung nach Satz 3 zuständige Zulassungsausschuss. Keiner Genehmigung bedarf die Tätigkeit eines Vertragszahnarztes an einem der anderen Vertragszahnarztsitze eines Mitglieds der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Abs. 2, der er angehört.

(4) Die Genehmigung und die Ermächtigung zur Aufnahme weiterer vertragszahnärztlicher Tätigkeiten nach Absatz 3 können mit Auflagen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Erfüllung der Versorgungspflicht des Vertragszahnarztes am Vertragszahnarztsitz und an den weiteren Orten unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte erforderlich ist. Das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.

(5) Erbringt der Vertragszahnarzt spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragszahnarztsitz (ausgelagerte Praxisräume), hat er Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.

(6) Ein Vertragszahnarzt darf die Gebietsbezeichnung, unter welcher er zugelassen ist, nur mit vorheriger Genehmigung des Zulassungsausschusses wechseln.“

b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 7.

8. Dem § 25 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht, wenn

1. dies zur Beseitigung einer vom Landesausschuss nach § 16 Abs. 2 festgestellten Unterversorgung erforderlich ist und
2. für angestellte Zahnärzte in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie für die bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angestellten Zahnärzte.“

9. In der Überschrift des IX. Abschnitts wird das Wort „Gemeinschaftspraxis“ durch das Wort „Berufsausübungsgemeinschaft“ ersetzt.

10. § 32b Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Vertragszahnarzt kann Zahnärzte nach Maßgabe des § 95 Abs. 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anstellen. In den Bundesmantelverträgen sind einheitliche Regelungen zu treffen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Zahnärzte unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Vertragszahnarztes.“

11. § 33 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 werden der den Satz abschließende Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dies gilt nicht für medizinische Versorgungszentren.“

b) Absatz 2 wird durch folgende Absätze 2 und 3 ersetzt:

„(2) Die gemeinsame Ausübung vertragszahnärztlicher Tätigkeit ist zulässig unter allen zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern an einem gemeinsamen Vertragszahnarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft). Sie ist auch zulässig bei unterschiedlichen Vertragszahnarztsitzen der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft), wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des jeweiligen Mitglieds an seinem Vertragszahnarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung an-

gestellter Zahnärzte in dem erforderlichen Umfang gewährleistet ist sowie das Mitglied und die bei ihm angestellten Zahnärzte an den Vertragszahnarztsitzen der anderen Mitglieder nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden. Die gemeinsame Berufsübung, bezogen auf einzelne Leistung, ist zulässig, sofern diese Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungserbringern gebildet wird.

(3) Die Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Für überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragszahnarztsitzen in mehreren Zulassungsbezirken einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung wird der zuständige Zulassungsausschuss durch Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt. Hat eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Mitglieder in mehreren Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, so hat sie den Vertragszahnarztsitz zu wählen, der maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die auf die gesamte Leistungserbringung dieser überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, zur Abrechnung sowie zu den Abrechnung-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. Die Wahl hat jeweils für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren unwiderruflich zu erfolgen. Die Genehmigung kann mit Auflagen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Anforderungen nach Absatz 2 erforderlich ist; das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.“

12. § 36 wird wie folgt geändert:

    a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

    b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

       „(2) In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die Patientenvertreterinnen und -vertreter unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen unter Angabe der Tagesordnung zu laden.“

13. § 41 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

    a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

       „In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nehmen die Patientenvertreterinnen und -vertreter mit beratender Stimme an den Sitzungen teil; sie haben ein Recht auf Anwesenheit bei der Beschlussfassung.“

    b) In Absatz 5 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

       „In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Patientenvertreterinnen und -vertreter eine Abschrift des Beschlusses.“

14. Dem § 42 wird folgender Satz angefügt:

    „Die Patientenvertreterinnen und -vertreter erhalten eine Niederschrift über die Tagesordnungspunkte der Sitzung, die sie gemäß § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mitberaten haben.“

15. In § 44 werden die Wörter „mit Angabe von Gründen“ gestrichen.

16. § 46 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

       aa) In den Buchstaben a und b wird jeweils die Zahl „25“ durch die Zahl „100“ ersetzt.

       bb) In Buchstabe c wird die Zahl „30“ durch die Zahl „120“ ersetzt.

       cc) Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

          „d) bei Einlegung eines Widerspruchs, durch den der Zahnarzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige zahnärztlich geleitete Einrichtung die Änderung eines Verwaltungsaktes anstrebt, 200 Euro.“

    b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

       aa) In den Buchstaben a und b wird jeweils die Zahl „100“ durch die Zahl „400“ ersetzt.

       bb) In Buchstabe c werden nach dem Wort „Zahnarztes“ die Wörter „bei einem Vertragszahnarzt oder“ eingefügt und die Zahl „100“ durch die Zahl „400“ ersetzt.

       cc) In Buchstabe d) wird die Zahl „100“ durch die Zahl „400“ ersetzt.

Artikel 7

Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung

Die Sechste Gebührenanpassungsverordnung vom 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721) wird aufgehoben.

Artikel 8

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2007 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ziel und Handlungsbedarf

1. Transformation berufsrechtlicher Änderungen ins Vertrags(zahn)arztrecht

Der 107. Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen, der Deutsche Zahnärztetag 2004 in Frankfurt/Main und nachfolgend der 7. Deutsche Psychotherapeutentag 2006 in Dortmund haben als Reaktion auf die in den letzten Gesundheitsreformgesetzen eingeleitete Flexibilisierung der ambulanten Versorgungsstrukturen (Einführung der integrierten Versorgung und insbesondere des im GKV-Modernisierungsgesetz geschaffenen neuen vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringers „medizinisches Versorgungszentrum“) Lockerungen der bisherigen berufsrechtlichen Begrenzungen ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Berufsausübung beschlossen.

Um diese durch die neuen (Muster-)Berufsordnungen geschaffenen Spielräume für die Berufsausübung der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten im vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Alltag wirksam werden zu lassen, müssen die entsprechenden Regelungen des Vertragsarztrechts im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und in den Zulassungsverordnungen mit gleichgerichteter Zielrichtung fortentwickelt werden. Diese Regelungen sind zugleich ein Beitrag zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

2. Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Leistungserbringung durch medizinische Versorgungszentren

Es hat sich bei der Umsetzung der im GKV-Modernisierungsgesetz getroffenen Neuregelung der medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gezeigt, dass bei potentiellen Gründern von MVZ und bei Zulassungsausschüssen Klarstellungsbedarf insbesondere darüber besteht,

– wann eine fachübergreifende Leistungserbringung vorliegt und

– ob Ärzte gleichzeitig in einem MVZ und einem Krankenhaus in einem Anstellungsverhältnis tätig sein können.

Um den Status der MVZ als Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung gesetzgeberisch weiter zu festigen, bedarf es deshalb entsprechender klarstellender Regelungen. Darüber hinaus werden bezogen auf MVZ in der Rechtsform der juristischen Person Regelungen getroffen, die die Haftungsfrage bei Auflösung des MVZ lösen.

3. Organisationsrechtliche Instrumente zur Abmilderung regionaler Versorgungsprobleme

Obwohl sowohl die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland bei globaler Betrachtung nicht gefährdet ist, zeichnet sich in den letzten Jahren immer deutlicher ab, dass insbesondere in den neuen Ländern in bestimmten Regionen (Planungsbereichen) oder Teilen hiervon kurz- und mittelfristig die Gefahr regionaler Versorgungslücken besteht, zu deren Behebung die bisherigen Instrumente des Vertragsarztrechts (Sicherstellungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung, von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen gemeinsam finanzierte Sicherstellungszuschläge in unterversorgten Planungsbereichen) ergänzt werden müssen. Deshalb sind neben der unter Nummer 1 aufgeführten Flexibilisierung und Liberalisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung sowohl auf der individuellen Arztebene zielgebundene Erleichterungen notwendig (z. B. Aussetzen der 68iger Altersgrenze, Zweigpraxen) als auch Maßnahmen auf der Landesebene (Schließung von Sicherstellungslücken durch Einzelverträge der Krankenkassen).

4. Sonstige Maßnahmen zur Verbesserung der Umsetzung von mit dem GKV-Modernisierungsgesetz getroffenen Regelungen

– Die Einführung der so genannten Praxisgebühr kann insgesamt als Erfolg gewertet werden. Gleichwohl treten vereinzelt Probleme beim Einzug dieser Zuzahlung ein, wenn der Versicherte sie nicht entsprechend § 43b Abs. 2 Satz 1 SGB V an den von ihm in Anspruch genommenen Leistungserbringer gezahlt hat. Insoweit bedarf es ergänzender Regelungen, die den Einzug der Praxisgebühr in solchen Fällen verbessern.

– Zum Umfang des Mitberatungsrechts der Patientenvertreterinnen und -vertreter in den Selbstverwaltungsgremien auf Bundes- und Landesebene werden in der Praxis unterschiedliche Rechtsauffassungen vertreten. Hier bedarf es einer entsprechenden Klarstellung, die ein einheitliches Verfahren sicherstellt. Zudem soll die Finanzierung der Patientenbeteiligung verbessert werden, da die Beteiligung in den Gremien für die benannten sachkundigen Personen mit erheblichem Aufwand verbunden ist, der nicht allein – wie bisher vorgesehen – durch die Erstattung von Reisekosten aufgefangen werden kann.

– Die Entwicklung in der Vergangenheit hat gezeigt, dass zur Förderung der integrierten Versorgung vereinfachte Regelungen zu deren Finanzierung erforderlich sind. Komplizierte Vorschriften zur Bereinigung der Gesamtvergütung würden den Aufbau integrierter Versorgungssysteme hingegen massiv behindern. Es bedarf daher einer Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung.

5. Verschiebung des Zeitpunkts für die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich

Auf Grund des zwischenzeitlichen Zeitablaufs ist eine Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich nicht mehr zu dem gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkt 1. Januar 2007 (vgl. § 268 Abs. 1 SGB V) möglich. Daher ist eine Verschiebung des Einführungstermins erforderlich.

II. Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes

1. Vertragsarztrechtliche Regelungen zur Liberalisierung der ärztlichen Berufsausübung

Die neue (Muster-)Berufsordnung Ärzte (MBO-Ä) erfüllt derzeit die ihr zugedachte Funktion, durch Empfehlung an die Ärztekammern als Normgeber der Berufsordnungen eine Simultannormgebung auf dem Gebiet des allgemeinen Berufsrechts zu gewährleisten, nicht in ausreichendem Maße; in zahlreichen Ärztekammern besteht noch Uneinigkeit, insbesondere über die Umsetzung des neuen § 19 Abs. 2 MBO-Ä, der die Anstellung fachgebietsfremder Ärzte vorsieht. Deshalb ist es zur Transformation von Regelungen der MBO-Ä ins Vertragsarztrecht nicht zweckmäßig, wie bisher in Form einer dynamischen Verweisung auf „landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche Berufsausübung“ zu verweisen (vgl. § 33 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) zur Gemeinschaftspraxis und ähnlich § 15a Abs. 2 der Bundesmantelverträge für die vertragsärztliche Versorgung zur ausgelagerten Praxisstätte). Die entsprechenden Tatbestände werden daher zwar – grundsätzlich – inhaltlich gleichlautend, aber eigenständig ausformuliert. Darüber hinaus ist es zur Herstellung effizienter und auch medizinisch sinnvoller Versorgungsstrukturen in einigen Bereichen notwendig, im Vertragsarztrecht über die im ärztlichen Berufsrecht erfolgte Liberalisierung hinauszugehen. So wird z. B. die Tätigkeit eines Vertragsarztes an mehr als zwei weiteren Orten, die Anstellung fachgebietsfremder Ärzte ohne Verknüpfung mit einem nur gemeinsam durchzuführenden Behandlungsauftrag, die Möglichkeit, Berufsausübungsgemeinschaften nicht nur mit anderen ärztlichen, sondern auch anderen heilkundlichen Leistungserbringern einzugehen, zugelassen – unter Fortgeltung der weiterhin bestehenden Pflicht zur ausreichenden Präsenz des Vertragsarztes an seinem Vertragsarztsitz sowie zur Leitung und Überwachung der Tätigkeit seiner angestellten Ärzte.

Das Gesetz sieht folgende organisationsrechtliche Erleichterungen der Leistungserbringung durch Vertragsärzte und Vertragsärztinnen vor:

– Die Möglichkeiten der Vertragsärzte, Ärzte anzustellen, werden erweitert. Derzeit können die Vertragsärzte einen ganztags beschäftigten Arzt oder zwei halbtags beschäftigte Ärzte desselben Fachgebiets anstellen, wobei die Vertragsärzte sich gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten müssen, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet. Künftig können sie ohne Begrenzung Ärzte auch mit anderen Facharztbezeichnungen sowie mit individueller Arbeitszeitgestaltung anstellen, sofern Zulassungsbeschränkungen nicht entgegenstehen. Die angestellten Ärzte werden Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit sie mindestens halbtags beschäftigt sind.

– Vertragsärzte können gleichzeitig auch als angestellter Arzt in einem Krankenhaus arbeiten. Eine gleichzeitige Tätigkeit im Krankenhaus bewirkt keine Ungeeignetheit für die vertragsärztliche Tätigkeit im Sinne von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV.

– Vertragsärzte dürfen außerhalb ihres Vertragsarztsitzes an weiteren Orten (auch außerhalb ihres KV-Bezirks) vertragsärztlich tätig sein – auch mit Unterstützung von hierfür angestellten Ärzten –, wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

– Die vertragsärztlichen Leistungserbringer können örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften bilden, und zwar über die Bezirksgrenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinweg. Sie können die gemeinsame Erbringung auf einzelne Leistungen beschränken, soweit es sich nicht um die fachgebietsüberschreitende Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen handelt (z. B. Labor, Nuklearmedizin, Radiologie).

– Da der sich aus der Zulassung ergebende Versorgungsauftrag eines Vertrags(zahn)arztes oder Vertragspsychotherapeuten von einer vollzeitigen Tätigkeit ausgeht, soll zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten (insbesondere auch für (Zahn-)Ärztinnen und Psychotherapeutinnen) sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen die Möglichkeit vorgesehen werden, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit beschränken zu können (sog. Teilzulassung).

– Der im SGB V noch vorgesehene Auftrag an den Gesetzgeber, Verhältniszahlen für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung festzulegen und damit die Bedarfsplanung zu verschärfen, wird ersatzlos gestrichen (§ 102 SGB V).

2. Vertragsärztliche Regelungen bezüglich der Organisation von medizinischen Versorgungszentren

– Das Merkmal „fachübergreifend“ als Errichtungsvoraussetzung wird konkretisiert.

– In einem Krankenhaus angestellte Ärzte dürfen gleichzeitig in einem medizinischen Versorgungszentrum arbeiten. Eine gleichzeitige Tätigkeit im Krankenhaus bewirkt keine Ungeeignetheit für die vertragsärztliche Tätigkeit in einem medizinischen Versorgungszentrum im Sinne von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV.

– Sofern das medizinische Versorgungszentrum in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert wird, bedarf es als Zulassungsvoraussetzung einer Bürgschaftserklärung der Gesellschafter. Hierdurch wird die Haftung für Verbindlichkeiten eines MVZ bei dessen Auflösung sichergestellt.

3. Vertragsärztliche Regelungen zur Abmilderung von regionalen Versorgungsproblemen

– Auf der Ebene des einzelnen Arztes sieht der Entwurf – neben den Regelungen zur Flexibilisierung – folgende spezielle gesetzliche Lockerungen bei Versorgungsdefiziten vor:

  - Die derzeit bestehende Altersgrenze von 55 Jahren für die Erstzulassung von Vertragsärzten wird aufgehoben in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat.

- Die Altersgrenze für das gesetzliche Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie der Tätigkeit von angestellten Ärzten in MVZ und Vertragsarztpraxen – derzeit 68 Jahre – wird bei Unterversorgungsfeststellung durch den Landesausschuss gesetzlich hinausgeschoben, bis der Landesausschuss die Unterversorgungsfeststellung wieder aufgehoben hat.

- Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird aufgegeben, in Richtlinien zu regeln, in welcher Höhe bei der Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen in überversorgten Gebieten wegen eines lokalen Versorgungsbedarfs Ausnahmen von der an sich bei einer Anstellung in überversorgten Gebieten bestehenden Leistungsbegrenzung (Überschreitungsvolumen von 3 v. H. bezogen auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals) gemacht werden können.

– Auf der Landesebene wird den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte auch in nicht unterversorgten Gebieten ermöglicht, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

– Zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation von Ärzten, Zahnärzten und Hebammen in den neuen Ländern wird der dort immer noch geltende Vergütungsabschlag für privat(zahn)ärztliche Leistungen sowie für Leistungen freiberuflicher Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe der GKV aufgehoben.

4. Sonstige Maßnahmen, insbesondere zur Verbesserung der Umsetzung von mit dem GKV-Modernisierungsgesetz getroffenen Regelungen

– Die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung wird um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2007 verlängert.

– Vertragsärzte und MVZ können zukünftig auch in für Einstellung von Ärzten wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen Hochschullehrer für Allgemeinmedizin anstellen, damit deren Lehrkompetenz durch Praxiserfahrung gestärkt wird.

– Es wird klargestellt, dass das im GKV-Modernisierungsgesetz zur Sicherung der Patientenbeteiligung eingeführte Mitberatungsrecht der Patientenvertreterinnen und -vertreter in den Selbstverwaltungsgremien auf Bundes- und Landesebene das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung umfasst. Außerdem wird die finanzielle Absicherung der Patientenbeteiligung in den Selbstverwaltungsgremien durch die Einführung einer Aufwandsentschädigung verbessert.

– Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird die Möglichkeit eingeräumt, den Anspruch auf die Praxisgebühr durch Verwaltungsakt gegenüber dem Versicherten geltend zu machen, wenn Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlen. Zudem werden einem Versicherten nach der Verschuldensregelung des § 192 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) Gerichtskosten auferlegt, wenn er ohne triftige Gründe, d. h. missbräuchlich, gegen den Verwaltungsakt klagt.

5. Verschiebung des Zeitpunkts für die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich

Der Zeitpunkt für die Einführung der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wird auf den 1. Januar 2009 verschoben und die Ausgestaltung der Verordnungsermächtigung entsprechend angepasst.

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

1. Regelungen der Artikel 1, 2, 3, 5 und 6

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen der Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), 2 (Änderung der Bundespflegesetzverordnung), 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes), 5 und 6 (Änderung der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte folgt aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 des Grundgesetzes (GG).

Nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erstreckt sich die konkurrierende Gesetzgebung auf das Gebiet der Sozialversicherung.

Die Neuregelungen durch die Artikel 1, 5 und 6 dienen der Weiterentwicklung des Vertragsarztrechts als Teilgebiet des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, wie es im SGB V und in den Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte nach § 98 SGB V geregelt ist.

Eine bundesgesetzliche Regelung des Vertragsarztrechts ist erforderlich im Sinne des Artikels 72 Abs. 2 GG.

Der Bund hat im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung das Gesetzgebungsrecht, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht.

Die Erforderlichkeit setzt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts voraus, dass ohne die bundesgesetzliche Regelung konkrete Gefahren für die in Artikel 72 Abs. 2 GG enthaltenen Zielvorgaben bestehen. Die „Wahrung der Rechtseinheit“ liegt dabei im gesamtstaatlichen Interesse, wenn die unterschiedliche rechtliche Behandlung desselben Lebenssachverhalts unter Umständen erhebliche Rechtsunsicherheiten und damit unzumutbare Behinderungen für den länderübergreifenden Rechtsverkehr erzeugen kann. Die „Wahrung der Wirtschaftseinheit“ liegt demgegenüber im gesamtstaatlichen Interesse, wenn es um die Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraums der Bundesrepublik Deutschland durch bundeseinheitliche Rechtssetzung geht.

Vorliegend hat der Bundesgesetzgeber auf dem ihm kompetentiell vom Grundgesetz gemäß Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG zugewiesenen Gebiet der Sozialversicherung ein umfassendes Regelungskonzept entwickelt, das zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse und zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit erforderlich ist. Die bundesweite Funktionsfähigkeit der Sozialversicherung hat elementare Bedeutung für die Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland. Eine in allen Landesteilen gleich funktionsfähige Sozialversicherung ist auf der Basis unterschiedlicher Ländergesetze praktisch kaum denkbar, so dass

die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse entscheidend von einer bundesgesetzlichen Regelung abhängt.

Nicht zuletzt die gleichheitsrechtlich gebotene bundesweite Regelung der Teilnahme der Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung, der zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Bedarfsplanung und der Beschränkung von Zulassungen lässt sich mit unterschiedlichen landesrechtlichen Regelungen nicht erreichen. Divergierendes Landesrecht würde die Möglichkeit der Vertragsärzte aller Länder, im gesamten Bundesgebiet praktizieren zu können, erschweren. Divergierendes Landesrecht könnte auch die Mobilität der Versicherten innerhalb des Bundesgebiets einschränken und für die Unternehmen Handlungsbeschränkungen verursachen, so dass der Bund auch zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraums der Bundesrepublik Deutschland bundeseinheitliches Recht setzen durfte.

Einzelne Teile dieses Regelungskonzepts können nur dann gemäß Artikel 72 Abs. 2 GG („soweit“) aus diesem Konzept als zu regelungsintensiv herausgenommen werden, wenn das Gesamtkonzept und damit die Wirkung der gesetzlichen Regelung ohne sie nicht gefährdet wird.

Der vorliegende Gesetzentwurf entwickelt in der Folge der durch die neuen (Muster-)Berufsordnungen geschaffenen Spielräume für die Berufsausübung der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten das Vertragsarztrecht, wie es im SGB V und in den Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte geregelt ist, mit gleicher Zielrichtung fort. Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Leistungserbringung durch medizinische Versorgungszentren und organisationsrechtliche Instrumente zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung und zur Abmilderung von regionalen Versorgungsproblemen vor.

Einzelne Teile hieraus, insbesondere das Recht der vertragsärztlichen Berufsausübung, zugunsten von einander abweichender Regelungen durch die Länder herauszubrechen, würde das gesetzliche Regelungskonzept und dessen Sachgerechtigkeit gefährden.

Ein entsprechendes Bedürfnis nach bundesgesetzlicher Regelung im Sinne des Artikels 72 Abs. 2 GG besteht für die Neuregelungen durch die Artikel 2 und 3, die das Recht der Finanzierung von Krankenhausaufenthalten betreffen, das ebenfalls dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung als einem klassischen Bereich der Sozialversicherung im Sinne des Artikels 74 Abs. 1 Nr. 12 GG zuzuordnen ist.

2. Regelungen des Artikels 4

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen des Artikels 4 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes – SGG) folgt aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 1 GG.

Nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 1 GG erstreckt sich die konkurrierende Gesetzgebung auf das Gebiet des gerichtlichen Verfahrens.

Die Neuregelungen des Artikels 4 betreffen die Vorschrift des § 192 SGG, die die Kostentragungspflicht der Beteiligten im Falle der Verzögerung des gerichtlichen Rechtsstreits durch das Verschulden eines Beteiligten und im Falle der Missbräuchlichkeit der Rechtsverfolgung oder -verteidigung eines Beteiligten und damit das Recht des gerichtlichen Verfahrens regelt.

Eine bundesgesetzliche Regelung ist somit erforderlich im Sinne des Artikels 72 Abs. 2 GG.

3. Regelungen des Artikels 7

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelung des Artikels 7 (Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung – 6. GebAV) folgt aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11, 12 GG.

Soweit die Regelung des Artikels 7 über die Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sowie die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten betrifft, hat der Bund nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 GG die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für das Recht der Wirtschaft.

Für die von der Regelung des Artikels 7 ebenfalls betroffene Hebammenhilfe-Gebührenverordnung hat der Bund nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung.

Eine bundesgesetzliche Regelung der Aufhebung einer bundesrechtlichen Verordnung ist erforderlich im Sinne des Artikels 72 Abs. 2 GG.

IV. Gesetzesfolgen, Befristung

1. Finanzielle Auswirkungen

Für Bund, Länder und Gemeinden entstehen als Beihilfekostenträger durch die Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung Mehraufwendungen von jährlich rd. 6,5 Mio. Euro.

Die Auswirkungen der Änderung des Sozialgerichtsgesetzes auf die öffentlichen Haushalte können nicht präzise vorausgesagt werden.

2. Kosten und Preiswirkungen

Der Erstattung weiterer Kosten der Patientinnenvertreterinnen und -vertreter in den Selbstverwaltungsgremien auf Bundes- und Landesebene belastet die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen insgesamt mit ca. 0,3 Mio. Euro. Gleichzeitig werden Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Krankenkassen durch die Erhöhung der nach den Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte zu entrichtenden Gebühren – in jedoch nicht quantifizierbarer Höhe – entlastet. Die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen der freiberuflich tätigen Hebammen im Beitrittsgebiet belaufen sich auf jährlich rd. 3,8 Mio. Euro.

Die Regelungen zur Flexibilisierung der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen, zur Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Leistungserbringung durch medizinische Versorgungszentren sowie zur Schaffung organisationsrechtlicher Instrumente zur Abmilderung regionaler Versorgungsprobleme haben für die Krankenkassen keine kostenwirksamen Auswirkungen.

Insgesamt ergeben sich für die gesetzlichen Krankenkassen damit keine beitragssatzrelevanten Mehrausgaben.

Durch die Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung erhöhen sich die Ausgaben der privaten Krankenversicherung um jährlich rd. 15 Mio. Euro. Im Übrigen entstehen für die Wirtschaft, insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen keine zusätzlichen Kosten. Nennenswerte Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

3. Gleichstellungspolitische Bedeutung

Mit der Flexibilisierung der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen leistet das Gesetz einen Beitrag dazu, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu verbessern. So erleichtert insbesondere die weitere Flexibilisierung der den Zugang zu einer vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit regelnden Vorschriften die beruflichen Betätigungsmöglichkeiten von Personen mit Erziehungs- und Pflegeaufgaben, insbesondere also von Ärztinnen, Zahnärztinnen und Psychotherapeutinnen in der vertragsärztlichen Versorgung. Dies gilt im besonderen Maße für die Möglichkeit, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag künftig auf die Hälfte beschränken zu können, und die Erweiterung der Anstellungsmöglichkeiten in Vertrags(zahn)arztpraxen.

Im Übrigen ergeben sich aus den Gesetzesänderungen keine gleichstellungspolitischen Auswirkungen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 43b Abs. 2)

Zu Buchstabe a

Der neue Satz 4 entspricht der bisherigen Vereinbarung in den Bundesmantelverträgen für die vertragsärztliche Versorgung, in denen – anders als in den Bundesmantelverträgen für die vertragszahnärztliche Versorgung – bereits vorgesehen ist, dass die Kassenärztliche Vereinigung für den Vertragsarzt und die Krankenkassen den weiteren Zahlungseinzug übernimmt, wenn der Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung innerhalb einer vom Arzt gesetzten Frist nicht leistet. Inhaber der Forderung gegenüber den Versicherten auf Zahlung der Praxisgebühr bleibt die Krankenkasse. Es handelt sich insoweit – wie bereits nach geltendem Recht – um einen gesetzlich geregelten Fall von Forderungseinziehung. Die Einziehungsbefugnis für die Forderung der Krankenkasse liegt also zunächst beim Leistungserbringer, hernach bei der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung, die jeweils die Forderung im Auftrag der Krankenkassen einziehen. Entsprechend sieht § 18 Abs. 5a der Bundesmantelvertrag-Ärzte vor, dass die zuständige Krankenkasse der Kassenärztlichen Vereinigung je durchgeführtem Mahnverfahren einen bestimmten Betrag erstattet. An diesem Auftragsverhältnis wird festgehalten.

Mit dem neuen Satz 5 werden die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen für den Fall, dass Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlen, ermächtigt, die Praxisgebühr durch einen entsprechenden Verwaltungsakt bei diesen einzufordern. Die Versicherten werden hierdurch nicht schlechter gestellt, als beim Einzug anderer Zuzahlungen. Denn auch im Fall des Einzugs einer Zuzahlung nach § 43b Abs. 1 Satz 2 SGB V durch die Krankenkasse ist diese berechtigt, einen Verwaltungsakt zu erlassen. Die Regelung sieht schließlich vor, dass es eines Vorverfahrens nicht bedarf und eine sich gegen den Bescheid der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung richtende Klage keine aufschiebende Wirkung hat. Dies gewährleistet ein möglichst unbürokratisches und auch der Höhe der Forderung (10 Euro) angemessenes Verfahren. Der Wegfall der aufschiebenden Wirkung der Klage entspricht im Übrigen den geltenden Vorschriften z. B. bei der Anforderung von Beiträgen, Umlagen und sonstigen öffentlichen Abgaben (vgl. § 86a Abs. 2 Nr. 1 SGG).

Zu Buchstabe b

Der erste Halbsatz des neu gefassten Satzes 7 ermächtigt die Bundesmantelvertragspartner von dem im Satz 4 – neu – vorgesehenen Verfahren abzuweichen. Das in Satz 4 vorgesehene Verfahren, nach dem die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung im Auftrag der Krankenkasse die Einziehung der Zuzahlung zu übernehmen hat, wenn der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlt, ist daher vertraglich abdingbar. Der zweite Halbsatz entspricht dem bisherigen Satz 4 und bezieht als Folgeänderung zu Buchstabe a die dort getroffenen Regelungen in die bisherige Regelung ein.

Zu Nummer 2 (§ 75 Abs. 7)

Vor dem Hintergrund der Ermöglichung der gemeinsamen Berufsausübung von mehreren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften über die Bezirksgrenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus (vgl. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV bzw. Zahnärzte-ZV) ist die Richtlinienkompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu präzisieren. Die im neuen Satz 3 genannten Vorgaben über Prüfungs- und Disziplinarangelegenheiten, die die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen betreffen, können dann Gegenstand der Richtlinien nach Nummer 2 sein, soweit von den Bundesmantelvertragspartnern hierzu keine besonderen Regelungen vereinbart worden sind.

Zu Nummer 3 (§ 77 Abs. 3)

Angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren sind Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung, und zwar unabhängig davon, ob das medizinische Versorgungszentrum als juristische Person selbst nicht Mitglied in der Kassenärztlichen Vereinigung ist oder ob das medizinische Versorgungszentrum in Form einer Personengesellschaft von Vertragsärzten betrieben wird, die deshalb selbst Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung sind.

Als Konsequenz des gesetzgeberischen Ziels, die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen möglichst (unter Beachtung der persönlichen Leistungserbringung durch den freiberuflich tätigen Vertragsarzt) der Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren gleichzustellen, werden deshalb auch die nach § 95 Abs. 9 und 9a in Vertragsarztpraxen angestellten Ärzte Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Damit werden neben den nach § 95 Abs. 9 Satz 1 – neu – in Vertragsarztpraxen angestellten Ärzten, für die keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind, auch diejenigen angestellten Ärzte, die einer Arztgruppe angehören, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind (§ 95 Abs. 9 Satz 2 – neu – i. V. m. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5) sowie die bei Hausärzten angestellten Inhaber von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an Hochschulen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Diese angestellten Ärzte können deshalb zukünftig wie die angestellten Ärzte in medizinischen Versorgungszentren durch Ausübung ihres Wahlrechtes die Ausgestaltung der Aufgabenwahrnehmung der Kassenärztlichen Vereinigung mitbestimmen.

Der neue Satz 2 legt als Voraussetzung für die Entstehung von Mitgliedschaftsrechten angestellter Ärzte eine zeitliche Mindestbeschäftigungsschwelle in Höhe einer Halbtagstätigkeit fest, da nur ein derartiger zeitlicher Mindestumfang die Inanspruchnahme mitgliedschaftlicher Selbstverwaltungsrechte in der Kassenärztlichen Vereinigung rechtfertigt.

Zu Nummer 4 (§ 85)

Zu Buchstabe a

Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführte Regelung zur Erhöhung der Gesamtvergütungen in den neuen Ländern in den Jahren 2004 bis 2006 um zusätzlich insgesamt 3,8 v. H. und zur Absenkung der Gesamtvergütungen in den alten Ländern im gleichen Zeitraum um insgesamt 0,6 v. H. dient der Angleichung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen je Vertragsarzt. Sie bezieht sich vom Sinn und Zweck her nur auf den ärztlichen Bereich. Eine Anwendung im vertragszahnärztlichen Bereich war nicht Ziel der Regelung. Mit der vorgesehenen Klarstellung wird daher nunmehr ausdrücklich der vertragszahnärztliche Bereich von der Geltung der Vorschrift ausgenommen.

Mit dieser Klarstellung wird im Übrigen auch einer Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestages (vgl. lfd. Nummer 1 der Sammelübersicht 15/173 – Bundestagsdrucksache 15/4509), welcher der Deutsche Bundestag in der Sitzung am 16. Dezember 2004 zugestimmt hatte, gefolgt. In mehreren Petitionen war gefordert worden, dass die Erhöhung der Gesamtvergütungen in den neuen bzw. die Absenkung der Gesamtvergütungen in den alten Ländern in den Jahren 2004 bis 2006 auch im vertragszahnärztlichen Bereich anzuwenden ist, weil die Regelung des Absatzes 3d selbst nicht ausdrücklich eine abweichende Bestimmung für die Vertragszahnärzte treffe. Der Petitionsausschuss hat entsprechende Forderungen von Zahnärzten mit Hinweis auf die mit der Regelung verbundenen Zielsetzungen zwar zurückgewiesen, aber eine entsprechende Klarstellung im Gesetz empfohlen.

Eine Klarstellung des gesetzgeberisch Gewollten ist zudem dringlich, da die Regelung in einer im März 2006 getroffenen Entscheidung des Landesschiedsamts für die vertragszahnärztliche Versorgung in den neuen Ländern auch auf den vertragszahnärztlichen Bereich für anwendbar erklärt wurde.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1, mit der Vertragsärzten ermöglicht wird, den sich aus der Zulassung ergebenen Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit zu beschränken. Die Änderung stellt klar, dass die bereits nach geltendem Recht nach dieser Vorschrift im Verteilungsmaßstab zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Vertragsarztes vorzusehenden Regelungen den aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag berücksichtigen müssen. Die Regelungen haben damit z. B. sicherzustellen, dass Vertragsärzte, die nur über einen hälftigen Versorgungsauftrag verfügen, nicht über diesen Versorgungsauftrag hinaus tätig werden und entsprechend abrechnen.

Zu Buchstabe c

Mit den Änderungen des Absatzes 4b wird die Degressionsregelung für die vertragszahnärztliche Vergütung an die durch dieses Gesetz geschaffenen Möglichkeiten zur Anstellung von Zahnärzten angepasst. Ziel der Regelung ist es, dass für alle Zahnärzte, die in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, die Punktmengengrenzen des Absatzes 4b Satz 1 gelten. Damit werden die angestellten Zahnärzte in medizinischen Versorgungszentren und die bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte in einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen den Vertragszahnärzten hinsichtlich der Degressionsberechnung gleichgestellt. Unsicherheiten, die bei der Anwendung der Degressionsregelung dadurch entstanden sind, dass für die angestellten Zahnärzte in medizinischen Versorgungszentren keine ausdrückliche gesetzliche Regelung bestand, werden durch die Neuregelungen beseitigt.

Durch die Ergänzung in Absatz 4b Satz 2 werden die bei einem Vertragszahnarzt angestellten Zahnärzte in einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen und die angestellten Zahnärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum den Vertragszahnärzten gleichgestellt. Für die bei einem Vertragszahnarzt angestellten Zahnärzte in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen bestehen, bleibt es dagegen bei der Regelung in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 zur Leistungsbegrenzung, da diese angestellten Zahnärzte wie bisher bei der Bedarfsplanung nicht berücksichtigt werden (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 zweiter Halbsatz).

Mit den Änderungen in Absatz 4b Satz 3 wird einerseits die Formulierung an den geänderten § 33 Zahnärzte-ZV angepasst und andererseits die Differenzierung zwischen gleichberechtigten und nicht gleichberechtigten Partnern aufgehoben. Sie ist für die Degressionsberechnung nicht mehr erforderlich. Da auch der nicht gleichberechtigte Partner in der Bedarfsplanung mitgerechnet wird, haben ihm ebenso wie dem gleichberechtigten Partner und dem angestellten Zahnarzt, der in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird, die vollen Punktmengengrenzen zuzustehen.

Die Aufhebung der Sätze 4 bis 6 und die Änderung des bisherigen Satzes 7 (Satz 4 – neu) sind Folgeänderungen.

Mit der Neufassung des bisherigen Satzes 8 (Satz 5 – neu) wird den neuen Möglichkeiten zur Teilzeitbeschäftigung Rechnung getragen. Die Punktmengengrenzen für die

Degressionsberechnung sind entsprechend dem Umfang der Teilzeitbeschäftigung zu reduzieren.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Regelungen unter Buchstabe c. Die Mitteilungspflichten haben sich auch auf die den Vertragszahnärzten hinsichtlich der Punktmengengrenzen gleichgestellten angestellten Zahnärzte zu beziehen.

Zu Nummer 5 (§ 95)

Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt klar, dass – ausgehend von den Definitionen der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO-Ä) – alle möglichen Kombinationen verschiedener Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen das Tatbestandsmerkmal „fachübergreifend“ in Absatz 1 Satz 2 erfüllen. Die Anknüpfung an die Regelungen der MWBO-Ä erleichtert die Anwendungspraxis der Zulassungsausschüsse und die Gründung medizinischer Versorgungszentren.

Eine Ausnahme von der Anknüpfung an die MWBO-Ä erfolgt in der hausärztlichen Versorgung: Ärzte mit verschiedenen Facharztbezeichnungen, die nach § 101 Abs. 5 der Arztgruppe der Hausärzte zugeordnet sind (z. B. Fachärzte für Allgemeinmedizin und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die hausärztliche Versorgung gewählt haben), decken denselben Versorgungsbereich ab und können daher das gesetzgeberische Ziel der medizinischen Versorgungszentren, dem Versicherten eine Versorgung aus einer Hand anzubieten, nicht umsetzen. Gleiches gilt für die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und die Psychotherapeuten, die nach § 101 Abs. 4 der Gruppe der Psychotherapeuten zugeordnet sind. Dagegen erbringen ein hausärztlicher und ein fachärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung, obwohl sie dieselben Facharztbezeichnungen führen, unterschiedliche Leistungen und können daher eine fachübergreifende Versorgung gewährleisten.

Der neue Satz 5 knüpft daran an, dass Satz 2 vorschreibt, bei einem medizinischen Versorgungszentrum müsse es sich um „ärztlich geleitete“ Einrichtungen handeln. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum sowohl Ärzte und Zahnärzte oder Ärzte und Psychotherapeuten oder Zahnärzte und Psychotherapeuten gemeinsam tätig, erscheint es sinnvoll, in diesen Fällen die Möglichkeit einer kooperativen Leitung einzuräumen, um deren Zusammenarbeit zu fördern. Möglich ist daher z. B. die gemeinsame Leitung eines Arztes und eines Zahnarztes, wenn in dem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige beider Berufe tätig sind.

Zu Buchstabe b

Diese Regelung stellt kooperative Versorgungsformen, die in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert sind, haftungsrechtlich den als Personengesellschaft organisierten kooperativen Organisationsformen (Gemeinschaftspraxis, MVZ in der Freiberuflervariante) in einem wichtigen Bereich gleich: Vertragsärzte, die als Einzelpersonen (Einzelpraxis) oder als Gesamthand (Berufsausübungsgemeinschaft) in vertragsarztrechtlichen Beziehungen zu einer Kassenärztlichen Vereinigung und zu Krankenkassen stehen, haften persönlich für Ansprüche dieser Institutionen – sei es als Einzelperson allein, sei es gesamtschuldnerisch als Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft akzessorisch analog den §§ 128, 129 HGB (vgl. BGHZ 146, 341 ff. – BGB-Gesellschaft – und § 8 Abs. 1 PartGG – Partnerschaftsgesellschaft) – mit ihrem Privatvermögen. Diese Haftungserstreckung muss zum Schutze der Gemeinschaft der anderen in der Kassenärztlichen Vereinigung durch Pflichtmitgliedschaft organisierten vertragsärztlichen Leistungserbringer und zum Schutz der Solidargemeinschaft der Versicherten auch für Rechtsansprüche von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gelten. So kommen z. B. für Kassenärztliche Vereinigungen Rückforderungsansprüche nach § 106 Abs. 5c und Ansprüche wegen – möglicherweise auch erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums entdeckter – Falschabrechnungen in Betracht und für Krankenkassen Schadensersatzansprüche auf Grund eines – möglicherweise auch erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums festgestellten – sonstigen Schadens (vgl. § 48 BMV-Ä). Da sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen wegen derartiger Forderungen nicht anderweitig absichern können, bestimmt die Regelung in Satz 6, dass die Gesellschafter als Zulassungsvoraussetzung selbstschuldnerische Bürgschaften gemäß § 773 BGB abzugeben haben.

Zu Buchstabe c

§ 95 Abs. 3 sieht bislang lediglich vor, dass ein Vertragsarzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Zum Umfang des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrags trifft § 95 Abs. 3 Satz 1 keine Aussage. Aus § 20 Abs. 1 der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, der jeweils bestimmt, dass für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nicht geeignet ist, wer wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer nicht ehrenamtlicher Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht, ergibt sich jedoch, dass der sich aus der Zulassung ergebende Versorgungsauftrag des Vertragsarztes von einer vollzeitigen (hauptberuflichen) Tätigkeit ausgeht.

Zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten (insbesondere auch zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie) sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen wird nunmehr die Möglichkeit vorgesehen, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit beschränken zu können. Der Arzt erhält in diesem Fall eine sog. „Teilzulassung“ mit beschränktem Versorgungsauftrag. Möglich ist dabei zum einen der Fall, dass ein Leistungserbringer von vornherein nur eine „Teilzulassung“ beantragt. Möglich ist zum anderen aber auch der Fall, dass ein Arzt den sich aus seiner Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag nachträglich auf die Hälfte reduzieren möchte. In beiden Fällen kann der Arzt gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt (wieder) eine Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag beantragen (vgl. zum Verfahren § 19a – neu – der jeweiligen Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte und die Begründungen hierzu).

Zu Buchstabe d

Die Änderung des § 95 Abs. 6 Satz 2 soll gewährleisten, dass der Betrieb eines medizinischen Versorgungszentrums zunächst einmal weiterlaufen kann, auch wenn eine Gründungsvoraussetzung des bisherigen § 95 Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz nicht mehr vorliegt. So sieht § 95 Abs. 6 Satz 2 bislang im Falle des Wegfalls einer Gründungsvoraussetzung lediglich vor, dass dem medizinischen Versorgungszentrum die Zulassung zu entziehen ist. Die Änderung regelt deshalb, dass dem medizinischen Versorgungszentrum in diesem Fall eine Frist von sechs Monaten eingeräumt wird, um die Gründungsvoraussetzung wieder herzustellen. Erst nach Ablauf dieser Frist kann dem medizinischen Versorgungszentrum die Zulassung entzogen werden.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung sieht zum einen eine Gleichstellung der in medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte mit Vertragsärzten vor, indem nunmehr bestimmt wird, dass die Anstellung des Arztes nicht mehr mit dem Tag der Vollendung des 68. Lebensjahres, sondern am Ende des Kalendervierteljahres, in dem er sein 68. Lebensjahr vollendet, endet.

Zum anderen handelt es sich um eine Folgeänderung zu den neuen Sätzen 8 und 9 des § 95 Abs. 7, die vorsehen, dass die Zulassung eines Vertragsarztes nicht mit Vollendung des 68. Lebensjahres endet, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine eingetretene oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat. Der in Satz 7 neu eingefügte Halbsatz stellt klar, dass auch Ärzte in zugelassenen medizinischen Versorgungszentren weiterbeschäftigt werden können, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für das Gebiet, in dem sich das medizinische Versorgungszentrum befindet, festgestellt hat, dass eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht (vgl. im Übrigen folgende Begründung zu Doppelbuchstabe bb).

Zu Doppelbuchstabe bb

§ 95 Abs. 7 Satz 3 enthält den Grundsatz, dass die Zulassung eines Vertragsarztes am Ende des Kalendervierteljahres endet, in dem er sein 68. Lebensjahr vollendet. Diese Regelung sollte ursprünglich dazu dienen, in überversorgten und deshalb für die Neuzulassung gesperrten Planungsbereichen Niederlassungschancen für jüngere Ärzte zu schaffen. Soweit aber ältere Ärzte gegen ihren Willen zur Aufgabe ihrer Praxis gezwungen werden, obwohl bei ihnen die nach der Zulassungsverordnung erforderlichen persönlichen Voraussetzungen für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nach wie vor vorliegen, ist es angezeigt, an der strengen Altersgrenze dann nicht mehr festzuhalten, wenn dies anderenfalls zu Versorgungsproblemen führt, weil jüngere Ärzte gerade nicht als Nachfolger bereitstehen. Die neuen Sätze 8 bis 10 sehen daher als Ausnahme von dem in Satz 3 bestimmten Grundsatz vor, dass die Zulassung z. B. eines hausärztlich tätigen Vertragsarztes dann nicht mit dem vollendeten 68. Lebensjahr endet, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für das Gebiet, in dem der Vertragsarzt niedergelassen ist, festgestellt hat, dass eine hausärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Sie endet jedoch spätestens ein Jahr nach Aufhebung des Beschlusses des Landesausschusses. Mit dieser Nachfrist wird dem ausscheidenden Vertragsarzt ein hinreichender Zeitraum zur Verfügung gestellt, um seine Praxisnachfolge zu regeln.

Zu Buchstabe f

Nach geltendem Recht dürfen Vertragsärzte lediglich einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte desselben Fachgebiets anstellen (§ 95 Abs. 9 i. V. m. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV). Außerdem ist Voraussetzung der Anstellung, dass der anstellende Vertragsarzt sich verpflichtet, das in einem entsprechenden Vorjahresquartal anerkannte Leistungsvolumen um nicht mehr als 3 v. H. des Fachgruppendurchschnitts des Vorjahresquartals zu überschreiten. Die angestellten Ärzte werden bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in dem betreffenden Planungsbereich nicht mitgerechnet (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5).

Zukünftig wird der Vertragsarzt Ärzte anstellen können, deren Anzahl nicht mehr nummerisch begrenzt ist. Auch ihre Arbeitszeit wird genauso wie die Arbeitszeit der angestellten Ärzte in medizinischen Versorgungszentren dienstvertraglich flexibel gestaltet werden können (§ 95 Abs. 9 Satz 1). Da diese (neuen) angestellten Ärzte – anders als die außerdem weiterhin möglichen und nun in § 95 Abs. 9 Satz 2 i. V. m. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 geregelten angestellten Ärzte – ebenso wie die angestellten Ärzte in medizinischen Versorgungszentren bei der Berechnung des Versorgungsgrades im Planungsbereich zu berücksichtigen sind (vgl. § 101 Abs. 1 Satz 6 des geltenden Rechts, künftig Satz 7), ist eine „unbeschränkte“ Anstellung allerdings nur zulässig in Planungsbereichen, die nicht wegen Zulassungsbeschränkungen gesperrt sind. Zur Klarstellung ist darauf hinzuweisen, dass auf die Anstellung dieser Ärzte § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV nicht anzuwenden ist, der die Vergrößerung des Praxisumfangs bei der Beschäftigung von Assistenten verbietet.

Der neue Satz 2 des Absatzes 9 regelt die Anstellung von Ärzten, die einer Arztgruppe angehören, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Hier gilt, dass der Vertragsarzt trotz Bestehens von Zulassungsbeschränkungen einen oder mehrere Ärzte anstellen kann, sofern die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sind. Voraussetzung für eine Anstellung ist daher, dass es sich bei dem anzustellenden Arzt um einen Arzt mit derselben Facharztbezeichnung handelt und der anstellende Vertragsarzt sich zu einer Leistungsbegrenzung seines Praxisumfangs verpflichtet. Weggefallen ist die Beschränkung, dass es sich entweder um einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte handeln muss (vgl. Änderung des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5). Der Vertragsarzt kann daher auch mehrere Teilzeitkräfte anstellen.

Die bisher in Satz 2 enthaltene zusätzliche Ermächtigung an den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Nähere zur Anstellung von Ärzten in Richtlinien zu regeln, ist entbehrlich: Die Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung bei Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen besteht zukünftig nur noch in – wegen Überversorgung – gesperrten Planungsbereichen; der dafür notwendige Konkretisierungsauftrag ist in dem Normsetzungsauftrag an den Gemeinsamen Bundes-

ausschuss in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 enthalten; die Anstellung von Ärzten in nicht gesperrten Planungsbereichen ist zukünftig nicht an die Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung geknüpft.

Satz 3 ermächtigt den Verordnungsgeber der Zulassungsverordnungen, wie bisher Einzelheiten, insbesondere zum Verfahren der Genehmigung der Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen, zu regeln. Die bisher in § 95 Abs. 9 Satz 2 zusätzlich geregelte Ermächtigung an den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Nähere zur Anstellung von Ärzten in Richtlinien zu regeln, ist entbehrlich, da der an den Gemeinsamen Bundesausschuss gerichtete Normsetzungsauftrag, die Anstellung von Ärzten in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkungen zu regeln, in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 enthalten ist.

Satz 4 bestimmt, dass die für Vertragsärzte und für in medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte maßgebliche Altersgrenze von 68 Jahren (einschließlich der Ausnahme hiervon bei Unterversorgungsfeststellung) auch für die nach den Sätzen 1 und 2 angestellten Ärzte gilt. Hingegen gilt die für den Beginn der vertragsärztlichen Leistungserbringung maßgebliche 55-Jahresregelung – genauso auch für in medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte – nicht (vgl. § 25 Satz 3 Ärzte-ZV – neu).

Zu Buchstabe g

Zur Erhaltung und Fortentwicklung der praktischen hausärztlichen Kompetenz von Hochschullehrern (vgl. § 42 des Hochschulrahmengesetzes: Professoren und Juniorprofessoren) für Allgemeinmedizin wird diesen der Zugang zur hausärztlichen Versorgung der Versicherten dadurch ermöglicht, dass es den Hausärzten vertragsarztrechtlich gestattet wird, diese Ärzte als angestellte Ärzte außerhalb der Bedarfsplanung und ohne Beschränkung des Praxisumfangs zu beschäftigen. Um die Zulassungs- und Anstellungsmöglichkeiten anderer hausärztlich tätiger Ärzte nicht zu schmälern, werden diese angestellten Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades nicht berücksichtigt. Diese Regelung kommt einer Bitte der 78. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 1. Juli 2005 nach, die Empfehlungen des Berichts zur „Qualifizierung für das Gebiet Allgemeinmedizin“ umzusetzen.

Zu Nummer 6 (§ 98 Abs. 2)

Zu Buchstabe a

Als Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1, mit der Vertragsärzten ermöglicht wird, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit zu beschränken, wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, den zeitlichen Umfang des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrags in den jeweiligen Zulassungsverordnungen näher zu bestimmen (siehe § 19a – neu – der jeweiligen Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte).

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, die Voraussetzungen für Ausnahmen von dem Grundsatz zu regeln, dass die Zulassung von Ärzten, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, ausgeschlossen ist (vgl. auch Änderung des § 25 der Ärzte-ZV).

Zu Buchstabe c

§ 98 Abs. 2 Nr. 13 enthält bereits bisher die Ermächtigungsnorm für den Verordnungsgeber der Zulassungsverordnungen, die personelle Organisation der vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringung zu regeln. Diese Befugnis wird einerseits erweitert um die Befugnis, nähere Regelungen zur Ausübung der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit an verschiedenen Orten zu treffen. Andererseits wird die Befugnis, nähere Regelungen zur gemeinsamen Ausübung der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit zu treffen, in die neue Nummer 13a überführt (vgl. nachfolgende Begründung).

Zu Buchstabe d

Die bisherige Regelung ist in der neuen Nummer 13a durch eine die gemeinsame Berufsausübung zwischen allen zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern erlaubende Ermächtigung ersetzt worden.

Zu Nummer 7 (§ 100)

Die Neuregelung verpflichtet die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen für den Fall, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, zu einer entsprechenden Feststellung. Die Voraussetzungen für einen solchen Feststellungsbeschluss richten sich nach den Vorgaben in den Richtlinien nach § 101 Abs. 1 Nr. 3 zweiter Halbsatz (siehe entsprechende Änderung des § 101 Abs. 1 Nr. 3). Der Feststellungsbeschluss führt dazu, dass Sicherstellungszuschläge an Vertragsärzte gezahlt werden können (vgl. die Änderung des § 105 Abs. 1 SGB V und die Begründung hierzu).

Zu Nummer 8 (§ 101)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die neue Nummer 3a verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss Vorgaben zu beschließen, unter welchen allgemeinen Voraussetzungen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 3 einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können. Hintergrund der Regelung ist, dass in ländlichen Gebieten, insbesondere der neuen Länder, absehbar ist, dass es zu Versorgungsengpässen kommen kann, für deren Behebung das bisherige Instrumentarium des Vertragsarztrechts ergänzt werden muss. So greift z. B. die durch das GKV-Modernisierungsgesetz eingeführte Möglichkeit – durch Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen gemeinsam finanzierte –, Sicherstellungszuschläge an niederlassungswillige Ärzte zu zahlen, erst in den Fällen, in denen der Landesausschuss in dem betreffenden Planungsbereich eine Unterversorgungsfeststellung getroffen hat. Dennoch besteht gerade in den – wegen ihrer Anknüpfung an die Stadt- und Landkreise – oft sehr großen Planungsbereichen die Gefahr, dass auch in Planungsbereichen, die rechnerisch ausreichend versorgt sind, erhebliche Versorgungslücken existieren. Diese können

z. B. aufgrund schlechter infrastruktureller Anbindung begründet sein.

Stellt der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 101 Abs. 3 – neu – fest, ermöglicht dies künftig (vgl. die Änderung des § 105 Abs. 1) die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte nach § 105 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz. Dies ist bislang nach geltendem Recht nur möglich, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt hat, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Das bereits bestehende Instrument der Sonderbedarfszulassung zur Deckung eines lokalen Versorgungsbedarfs nach Nummer 24 Abs. 1 Buchstabe a der Bedarfplanungsrichtlinien wird hierdurch ergänzt.

Die Ergänzung des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 4 und 5 durch eine alternative Bezugnahme auf den Begriff „Facharztbezeichnung“ neben dem Begriff „Fachgebiet“ ist die Konsequenz aus der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO-Ä), nach der anders als bisher die Fachgebietsinhalte nicht mehr in jedem Fall in vollem Umfang Gegenstand der Kenntnisse und Fähigkeiten sind, die ein Facharzt während seiner Weiterbildung erwerben und nachweisen muss; die Facharztbezeichnung beinhaltet dagegen alles das, was der Facharzt im Rahmen seines Fachgebiets erlernt hat und deshalb ausüben darf (Facharztkompetenz).

Bei der Ersetzung des Begriffs „Gemeinschaftspraxis“ durch den Begriff „Berufsausübungsgemeinschaft“ handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus einer entsprechenden Änderung der Zulassungsverordnungen.

Die Streichung des Hinweises auf die Nichtgeltung des § 85 Abs. 4b Satz 4 in Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 erfolgt, weil der entsprechende Satz durch die Neuregelung des § 85 Abs. 4b aufgehoben wurde. Der Hinweis auf die Nichtgeltung des § 85 Abs. 4b Satz 3 (Punktmengengrenzen bei Gemeinschaftspraxen nach der Zahl der Mitglieder) bleibt bestehen. Im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 4 (Jobsharing) wird der Zahnarzt wie bisher nicht in der Bedarfsplanung berücksichtigt und die Partner der Gemeinschaftspraxis haben sich zu einer Leistungsbegrenzung zu verpflichten. Eine Erhöhung der Punktmengengrenzen nach der Zahl der Mitglieder wäre damit nicht vereinbar.

Die zusätzliche Einfügung der Wörter „in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind“ in Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 bewirkt, dass die bisher unabhängig von Zulassungsbeschränkungen mögliche Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen, deren Inhaber sich zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet hatten, auf Planungsbereiche beschränkt wird, für die Zulassungsbeschränkungen bestehen. Für die Zulässigkeit der Anstellung von Ärzten in Planungsbereichen, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist die Verpflichtung des Praxisinhabers zur Leistungsbegrenzung nicht notwendig. Die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen mit Leistungsbegrenzung ist zukünftig in § 95 Abs. 9 Satz 2 – neu – geregelt, die der Anstellung von Ärzten ohne Leistungsbegrenzung in § 95 Abs. 9 Satz 1 – neu –.

Gestrichen wird in Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 die Beschränkung, dass der Vertragsarzt entweder einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte anstellen kann. Dies führt zu einer weiteren Flexibilisierung auch für Vertragsärzte, die in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, niedergelassen sind. Diese können künftig auch mehrere Teilzeitkräfte anstellen.

Ergänzt wird Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 um eine Sonderregelung im Fall lokalen Versorgungsbedarfs. Es hat sich gezeigt, dass in einzelnen Planungsbereichen die auf einer den gesamten Planungsbereich bezogenen Betrachtung beruhenden örtlichen Verhältniszahlen die Versorgungssituation vor Ort nicht immer sachgerecht abbilden. Dies gilt insbesondere für großräumige Landkreise. Aufgrund der ungleichen Verteilung der Ärzte auf den Planungsbereich ist – teilweise sogar in rechnerisch überversorgten Planungsbereichen – an einzelnen Orten eine Unterversorgungssituation gegeben. Der neue Satz 8 sieht daher – ergänzend zu bereits bestehenden Möglichkeiten (z. B. Sonderbedarfszulassungen) – vor, dass der derzeit maßgebliche Umfang der Leistungsbegrenzung in Höhe von 103 v. H., zu der sich der Vertragsarzt verpflichten muss, in Fällen lokaler Versorgungsdefizite erhöht werden kann. Eine gesetzliche Höchstgrenze für die Umfangserweiterung ist ausdrücklich nicht vorgesehen. Der Umfang der Leistungsbegrenzung ist vielmehr entsprechend dem lokalen Versorgungsbedarf angemessen zu erhöhen. Die Umfangserweiterung ist wieder zu reduzieren, sobald ein lokaler Versorgungsbedarf nicht mehr besteht.

Schließlich wird der im letzten Halbsatz des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 5 enthaltene Hinweis auf die Nichtgeltung des § 85 Abs. 4b Satz 7 und 8 gestrichen, da er entbehrlich ist. Aufgrund der Neuregelungen des § 85 Abs. 4b wird bestimmt, dass die vollen Punktmengengrenzen nur für angestellte Zahnärzte in einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen gelten. Für angestellte Zahnärzte in einem Planungsbereich mit Zulassungsbeschränkungen bleibt es damit bei der Regelung zur Leistungsbegrenzung in Absatz 1 Satz 1 Nr. 5.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung in Absatz 1 Satz 2 ermöglicht dem Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Bestimmung der Voraussetzung der Fachidentität im Rahmen der bedarfsrechtlichen Konkretisierung des Jobsharings nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und der Anstellung von Ärzten nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 die Probleme zu lösen, die sich daraus ergeben, dass nach dem neuen Weiterbildungsrecht unterschiedliche Facharztkompetenzen in demselben Gebiet möglich sind, z. B. in dem Gebiet der Chirurgie, dem Gebiet der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin und dem Gebiet der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.

Zu Doppelbuchstabe cc

Neben einer redaktionellen Änderung, mit der die Formulierung im bisherigen Satz 6 („Planungsregion“) an die Formulierung im bisherigen Satz 5 („Planungsbereich“) angepasst wird, enthält die Änderung des bisherigen Satzes 6 notwendige Folgeänderungen hinsichtlich der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich.

So wird einerseits sichergestellt, dass Vertragsärzte, deren Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung

mit § 19a – neu – der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränkt ist, bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich auch nur mit einer halben Stelle gerechnet werden. Zum anderen bezieht die Ergänzung die nach § 95 Abs. 9 Satz 1 – neu – ohne Leistungsbegrenzung angestellten Ärzte – ebenso wie die bereits nach geltendem Recht in medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte – in die Ermittlung des Versorgungsgrades entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig ein. Einer Einbeziehung der nach § 95 Abs. 9 Satz 2 – neu – angestellten Ärzte, die einer Arztgruppe angehören, für die Leistungsbeschränkungen angeordnet sind, in den Versorgungsgrad bedarf es – wie auch bisher – hingegen nicht, da sich der anstellende Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten muss (vgl. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5, der auch bereits die ausdrückliche Regelung enthält, dass diese angestellten Ärzte bei der Ermittlung des Versorgungsgrades nicht mitzurechnen sind).

Zu Buchstabe b

Der neue Absatz 3a Satz 1 bestimmt, dass mit Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen die Verpflichtung des Vertragsarztes, der einen Arzt nach § 95 Abs. 9 Satz 2 – neu – angestellt hat, zur Leistungsbegrenzung entfällt; es gelten dann für die Leistungsausweitung auf Grund der Tätigkeit des angestellten Arztes die allgemeinen Grenzen, die sich aus der Pflicht des Vertragsarztes zur persönlichen Ausübung und Leitung der Praxis ergeben. Im Gegenzug zur Aufhebung der Leistungsbegrenzung wird der angestellte Arzt bei der Ermittlung der örtlichen Verhältniszahl mitgerechnet (Satz 2). Durch die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen wird aus dieser Stelle also eine ganz normale Angestelltenstelle nach § 95 Abs. 9 Satz 1 – neu – mit der weiteren Folge, dass auch nach erneuter Sperrung des Planungsbereichs eine Nachbesetzung der Stelle nach § 103 Abs. 4b Satz 2 – neu – möglich ist.

Zu Nummer 9 (§ 102)

Die Regelung zur Einführung einer Bedarfszulassung wird aufgehoben. In § 102 ist angekündigt, zum 1. Januar 2003 eine Bedarfszulassung aufgrund gesetzlich festgelegter Verhältniszahlen einzuführen. Die Vorschrift ist 1992 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (BGBl. I S. 2266) eingefügt worden. Zu diesem Zeitpunkt ging man von ständig steigenden Arztzahlen aus. Gesetzlich festgelegte Verhältniszahlen sollten dazu dienen, einen „closed-shop“, also eine bundesweite Sperrung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung verfassungsrechtlich zu legitimieren. Der 1992 befürchtete Anstieg der Überversorgung, zu deren Beendigung der § 102 dienen sollte, ist auch ohne die Umsetzung einer Bedarfszulassung nahezu zum Stillstand gekommen. Die Umsetzung der Regelung würde zudem einen erheblichen gesetzgeberischen und verwaltungstechnischen Aufwand sowohl auf der Landes- als auch der Bundesebene bedeuten.

Zu Nummer 10 (§ 103 Abs. 4b)

In Anlehnung an die Regelung in § 103 Abs. 4a, die einem Vertragsarzt ermöglicht, in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seinen Vertragsarztsitz zu verzichten, um als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, wird – soweit die übrigen Voraussetzungen vorliegen – die entsprechende angestellte Tätigkeit in einer Vertragsarztpraxis ermöglicht (Satz 1). Außerdem erhält der Vertragsarzt ebenso wie das medizinische Versorgungszentrum die Möglichkeit, trotz Zulassungsbeschränkungen die Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes nachzubesetzen (Satz 2).

Zu Nummer 11 (§ 105)

Die Änderung des § 105 Abs. 1 führt dazu, dass die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen nicht mehr nur dann möglich ist, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung getroffen hat, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Künftig ist die Zahlung von Sicherstellungszuschläge an Vertragsärzte vielmehr auch dann möglich, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt hat, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht (vgl. auch Begründung zu § 101 Abs. 1 Nr. 3a – neu). Die Zahlung von Sicherstellungszuschläge kann damit selbst in überversorgten Gebieten in Betracht kommen und stellt eine Ergänzung des bereits bestehenden Instruments der Sonderbedarfszulassung dar.

Zu Nummer 12 (§ 121a)

Es wird klargestellt, dass auch der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz zum 1. Januar 2004 geschaffene neue vertragsärztliche Leistungserbringer „medizinisches Versorgungszentrum“ Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erbringen darf, wenn die zuständige Behörde eine Genehmigung nach § 121a Abs. 2 zur Durchführung dieser Maßnahmen erteilt hat. Zwar zählen medizinische Versorgungszentren zu den ärztlich geleiteten Einrichtungen, die an sich bereits in der bisherigen Nummer 3 der Vorschrift genannt sind. Doch ist in Nummer 3 nur von ermächtigten, nicht aber von zugelassenen Einrichtungen die Rede.

Zu Nummer 13 (§ 140b)

Folgeänderung zur Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung in § 140d.

Zu Nummer 14 (§ 140d)

Zu Buchstabe a

Die Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung erfolgt im Hinblick auf die Verschiebung der Einführung der morbiditätsorientierten Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung (siehe Änderung der §§ 85a bis 85d). Diese Neuregelung sieht vor, dass die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko tragen. Zu vereinbaren ist künftig ein mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten jeweils verbundener Behandlungsbedarf. Mit dem Inkrafttreten dieser Regelung richtet sich die Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung nach der Morbidität (Krankheitslast) und damit dem Versorgungsbedarf der in diesem System behandelten Patienten. Solange hingegen ein fixes, unabhängig vom Umfang der tatsächlich erbrachten Leistungen gezahltes Budget (als Summe der Kopfpauschalen)

vereinbart wird, muss dieses Vergütungsvolumen im Nachhinein um Leistungsanteile, die außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, bereinigt werden. Die Entwicklung in der Vergangenheit hat gezeigt, dass zur Beförderung der integrierten Versorgung vereinfachte Regelungen zu deren Finanzierung erforderlich sind, komplizierte Bereinigungsvorschriften hingegen den Aufbau integrierter Versorgungssysteme massiv behindern. Deshalb wird die Anschubfinanzierung verlängert.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Verlängerung der Anschubfinanzierung

Zu Buchstabe c

Es wird klargestellt, dass die mit § 140d Abs. 4 vorgegebene Begrenzung der Finanzierung auf Leistungen, die zusätzlich zu den bereits in den Krankenhausbudgets enthaltenen Leistungen erbracht werden, nur bis zum 31. Dezember 2007 gilt. Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung werden ab dem 1. Januar 2008 die Leistungen der integrierten Versorgung, soweit sie bis zu diesem Zeitpunkt noch im Rahmen der Krankenhausbudgets finanziert werden, vollständig aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert. Die entsprechenden Budgetbereinigungen schreiben die Neuregelungen des § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung vor. Ab dem 1. Januar 2008 werden diese Leistungen somit allein nach den Regelungen der integrierten Versorgung verhandelt und finanziert.

Zu Nummer 15 (§ 140f)

Zu den Buchstaben a bis c

Mit der Änderung wird der Umfang des Mitberatungsrechts der Patientenvertreterinnen und -vertreter klargestellt. Ihr Mitberatungsrecht beinhaltet nicht nur, dass sie mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen können, sondern auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Dies gilt für die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Beirates der Arbeitsgemeinschaften für Aufgaben der Datentransparenz (§ 140f Abs. 2), für Beratungen der Landesausschüsse, der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse (§ 140f Abs. 3) sowie für Beratungen im Zusammenhang mit den im § 140f Abs. 4 genannten Regelungskomplexen.

Die Klarstellung ist erforderlich, weil in der Praxis unterschiedliche Rechtsauffassungen bestehen, wie die Begriffe Mitberatung und Patientenbeteiligung auszulegen sind.

Mit der Änderung in Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa wird ein redaktionelles Versehen korrigiert.

Zu Buchstabe d

Mit der Regelung wird eine Aufwandsentschädigung für Patientinnenvertreterinnen und -vertreter in den Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Beteiligung in den Entscheidungsgremien für die benannten sachkundigen Personen mit einem erheblichen Aufwand an Zeit und Sachmitteln verbunden ist, der nicht allein durch die Erstattung von Reisekosten – wie bisher vorgesehen – aufgefangen werden kann. In Anlehnung an die Regelungen des SGB IV für die Entschädigung der ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger erhalten Patientenvertreterinnen und -vertreter eine Entschädigung, die die Erstattung des Verdienstausfalls und die Leistung eines Pauschbetrages für Zeitaufwand bei Sitzungen und für die Sitzungsvorbereitung umfasst.

Durch die Regelung zum Verdienstausfall wird den Patientenvertreterinnen und -vertretern der unmittelbar durch eine Sitzung sowie der durch die An- und Abreise zur Sitzung entgangene Verdienst ersetzt. Die Erstattung ist in entsprechender Anwendung von § 41 Abs. 2 Satz 2 und 4 SGB IV auf maximal 1/75 der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV; zz. 32,67 Euro) pro Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit begrenzt und wird für höchstens zehn Stunden je Kalendertag geleistet; dabei ist die letzte angefangene Stunde voll zu rechnen.

Der Pauschbetrag für Zeitaufwand soll in Anlehnung an § 41 Abs. 3 SGB IV einen gewissen Ausgleich schaffen für die in Zusammenhang mit einer Sitzung zusätzlich einzusetzende Zeit, insbesondere auch für die Vorbereitung der Sitzung. Die Festsetzung auf 1/50 der monatlichen Bezugsgröße (zz. 49 Euro) für jeden Sitzungstag orientiert sich an der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner über die Entschädigung der Organmitglieder in der Selbstverwaltung, die in ihrer Fassung aus dem Jahre 1999 einen Pauschbetrag zwischen 50 DM (ca. 26 Euro) und 100 DM (ca. 51 Euro) für angemessen hält. Dabei findet Berücksichtigung, dass die als sachkundige Personen benannten Patientenvertreterinnen und -vertreter in einer Vielzahl von Fällen sowohl für die Sitzung selbst als auch für die Sitzungsvorbereitung ihre Freizeit aufwenden und lediglich die Zeitaufwandsentschädigung erhalten, weil sie keinen Verdienstausfall nachweisen können.

Zu Nummer 16 (§ 268)

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung wird die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich auf den 1. Januar 2009 verschoben. Diese Verschiebung ist durch den zwischenzeitlichen Zeitablauf erforderlich geworden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verschiebung des Termins für die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich in Buchstabe a. Auf Grund des Zeitablaufs muss auch der Zeitpunkt für den Erlass der Rechtsverordnung, die das Nähere zur Umsetzung regelt, entsprechend verschoben werden.

Zu Buchstabe c

Die Regelung stellt klar, dass in der Rechtsverordnung auch die Erhebung von Daten vorgesehen werden kann, die zwar nicht unmittelbar für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs erforderlich sind, die aber benötigt werden, um die finanziellen Auswirkungen einer weiteren Entwicklung des Risikostrukturausgleichs zu überprüfen. Wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 18. Juli 2005 (2 BvF 2/01) festgestellt hat, ist der Gesetzgeber verfassungsrechtlich verpflichtet, die Auswirkungen des Risi-

kostrukturausgleichs zu beobachten und gegebenenfalls nachzubessern, wenn sich herausstellt, dass er die angestrebten Ziele, die Herstellung des Solidarausgleichs zwischen den Versicherten und die wirksame Verringerung der Risikoselektionsspielräume der Krankenkassen, nicht mehr in ausreichendem Maß erreicht.

Dieser Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht kann der Gesetzgeber aber nur dann nachkommen, wenn die erforderlichen Datengrundlagen hierfür zur Verfügung stehen. Andernfalls wäre eine Beurteilung, ob und in welchem Ausmaß einzelne Änderungen des Risikostrukturausgleichs geeignet sind, seine Zielgenauigkeit zu erhöhen, oder – im Gegenteil – dazu führen, dass der Grad der Zielerreichung herabgesetzt wird, nicht möglich.

Aus diesem Grund wird der Verordnungsgeber ermächtigt, in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vorzusehen, dass die Krankenkassen auch solche Daten zu erheben haben, die für die Erfüllung dieser Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht erforderlich sind. Hierbei kann es sich aber nur um solche Daten handeln, die in Absatz 3 Satz 1 genannt sind. Die Erhebung weiterer Daten darf der Verordnungsgeber nicht vorsehen.

Zu Nummer 17 (§ 285)

Zu Buchstabe a

Die mit der Änderung vorgenommene Ersetzung des Verweises auf § 83 Abs. 2 durch die Angabe „§ 106a“ ist eine redaktionelle Richtigstellung in Folge der GMG-Neuregelung der Abrechnungsprüfung in § 106a.

Zu Buchstabe b

Die Regelungen in Satz 3 und 4 sind aus datenschutzrechtlichen Gründen erforderlich. Eine Übermittlung personenbezogener (arzt- und versichertenbezogener) Daten unter Kassenärztlichen Vereinigungen sowie darüber hinaus zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen war bislang zur Erfüllung der Aufgaben der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen nach diesem Gesetzbuch nicht erforderlich und deshalb nicht zulässig.

Mit der Ermöglichung der gemeinsamen Berufsausübung von mehreren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften über die Bezirksgrenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus (vgl. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV) ist dieses Übermittlungsverbot durch die Neuregelungen in Satz 3 einzuschränken. Die Übermittlung personenbezogener Daten an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung ist für die ordnungsgemäße Durchführung der arztbezogenen Steuerungsinstrumente (Regelleistungsvolumen, Richtgrößen, Qualitätsprüfungen) notwendig. Durch die Nennung der darauf bezogenen Ziffern der in Absatz 1 genannten Zwecke wird der Aufgabenumfang, für den die Datenübermittlung zulässig ist, eindeutig klargestellt.

Die Regelung in Satz 4 ermöglicht einen Datenaustausch zwischen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung zum Zweck der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung (z. B. Verhinderung von Doppelabrechnungen) von solchen medizinischen Versorgungszentren, in denen Ärzte und Zahnärzte gemeinsam beschäftigt werden und demnach erbrachte Leistungen zum einen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und zum anderen mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abrechnen. Die gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten wird durch die Ergänzung in § 33 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV bzw. Zahnärzte-ZV den medizinischen Versorgungszentren ermöglicht (Artikel 5 Nr. 11 Buchstabe a) bzw. Artikel 6 Nr. 11 Buchstabe a).

Zu Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

In Folge der Verlängerung der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V um ein Jahr wird entsprechend die Frist für die Ausgliederung dieser Leistungen aus dem Krankenhausbudget angepasst.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung werden alle Leistungen der integrierten Versorgung mit den vertraglich vereinbarten Entgelten vergütet. Soweit ein Teil der integrierten Leistungen derzeit noch über das Krankenhausbudget finanziert wird, ist dieser Teil zum 1. Januar 2008 aus den Krankenhausbudgets auszugliedern.

Zu Artikel 4 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Die vorgeschlagene Regelung betrifft den Fall, dass gegen den vollstreckungsfähigen Bescheid einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) nach § 43b Abs. – neu – SGB V Anfechtungsklage erhoben wird, ohne dass der Kläger gegen die Verpflichtung zur Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V triftige Gründe vorbringen kann.

Es wäre unverhältnismäßig, in solchen Fällen, in denen es regelmäßig um einen Betrag in Höhe von 10 Euro geht (§ 61 SGB V), der KV oder KZV den Pauschalbetrag gemäß § 184 Abs. 2 SGG (150 Euro für die erste Instanz) abzuverlangen. Eine solche Kostenfolge würde bewirken, dass die KV oder KZV den Zuzahlungsbetrag nicht eintreiben würde, da sie Kosten für das gerichtliche Verfahren befürchten muss, die den Zuzahlungsbetrag um das 15fache übersteigen würden. Dadurch besteht auch die Gefahr der „Missachtung“ der Praxisgebühr.

Dagegen ist es gerechtfertigt in solchen Fällen diese Gebühr dem Kläger als Missbrauchsgebühr aufzuerlegen. Die genauen Voraussetzungen sind in Satz 1 Nr. 1 und 2 der vorgeschlagenen Regelung genannt: Die Anfechtungsklage muss missbräuchlich, d.h. von vornherein ohne Aussicht auf Erfolg sein. Das ist z. B. der Fall, wenn die Regelung des § 28 Abs. 4 SGB V generell angegriffen wird oder im Gesetz nicht vorgesehene Ausnahmen geltend gemacht werden.

Außerdem muss der Versicherte von der KV oder KZV auf die Möglichkeit einer negativen Kostenfolge hingewiesen worden sein. Ein erneuter Hinweis durch den Vorsitzenden des Gerichts – wie in der in Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 enthaltenen Verschuldensregelung – ist dann nicht mehr erforderlich.

Als verursachter Kostenbetrag gilt entsprechend § 192 Abs. 1 Satz 3 mindestens der Betrag nach § 184 Abs. 2.

Zu Artikel 5 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 1 (§ 1 Abs. 3)

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass diese Verordnung auch für die bei medizinischen Versorgungszentren und bei Psychotherapeuten angestellten Psychotherapeuten sowie die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte und Psychotherapeuten entsprechend gilt.

Zu Nummer 2 (§ 12)

Folgeänderung zu der mit den GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) erfolgten Einführung eines Gemeinsamen Bundesausschusses durch § 91 SGB V.

Zu Nummer 3 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Die Ersetzung der Wörter „Gebietsbezeichnung“ und „Teilgebietsbezeichnung“ in der Regelung des § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe a, in der bestimmt ist, welche Unterlagen dem Antrag auf Zulassung beizufügen sind, durch die Wörter „Facharztbezeichnung und Schwerpunktbezeichnung“ passt die Terminologie an die in den Weiterbildungsordnungen verwandten Begriffe an; nicht erst § 3 der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO-Ä), sondern bereits die MWBO-Ä aus dem Jahre 1992 sah in § 2 vor, dass der Arzt bei entsprechender Weiterbildung das Recht zum Führen einer Facharztbezeichnung, einer Schwerpunktbezeichnung und einer Zusatzbezeichnung erwerben könne.

Zu den Buchstaben b und c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V, mit der dem Vertragsarzt ermöglicht wird, seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages zu beschränken. Der neue Buchstabe c sieht daher für den Fall einer Beantragung einer Zulassung vor, dass der Vertragsarzt seinem Zulassungsantrag eine entsprechende Erklärung beizufügen hat, wenn er seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages beschränken möchte. Ist der Arzt bereits im Besitz einer Zulassung bedarf es einer gesonderten Erklärung nach § 19a Abs. 2 – neu –.

Für medizinische Versorgungszentren gilt die Vorschrift nach § 1 Abs. 3 nur entsprechend. Dies führt dazu, dass es einem medizinischen Versorgungszentrum nicht möglich ist, eine Erklärung abzugeben, mit der es seinen Versorgungsauftrag auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränkt. So würde es dem Wesen eines medizinischen Versorgungszentrum als einer nach der Legaldefinition des § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V ärztlich geleiteten Einrichtung, das in der Rechtsform der juristischen Person betrieben werden kann und nach seinem Zweck umfassende medizinische Dienstleistungen unter einem Dach anbieten soll, widersprechen, wenn dieses nur über einen hälftigen Versorgungsauftrag verfügen könnte. Zudem ergibt sich bereits aus § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V, dass in einem medizinischen Versorgungszentrum mindestens zwei Ärzte tätig sein müssen.

Nicht ausgeschlossen ist hingegen, dass das medizinische Versorgungszentrum unter Berücksichtigung dieser Anforderung – wie bereits nach geltenden Recht – über weitere beschränkte Versorgungsaufträge verfügen kann. Ebenso möglich ist es, dass die in einem medizinischen Versorgungszentrum arbeitenden Vertragsärzte nur über eine Zulassung mit einem hälftigen Versorgungsvertrag verfügen.

Zu Nummer 4 (Überschrift VI. Abschnitt)

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 5 (§ 19a)

Der neue § 19a konkretisiert als Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V, die nach dieser Vorschrift für den Vertragsarzt künftig bestehende Möglichkeit, seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages zu beschränken.

Absatz 1 stellt zunächst in Anlehnung an die bisherige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 20 Abs. 1 klar, dass der zeitliche Umfang des Versorgungsauftrages eines Vertragsarztes, wie er regelhaft aus der Zulassung folgt, den Arzt verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Dabei steht dem Merkmal einer vollzeitigen Tätigkeit nicht entgegen, wenn der Vertragsarzt eine Nebentätigkeit ausübt, die sich in dem vom Bundessozialgericht bestimmten Rahmen bewegt. Nur im Falle einer solchen vollzeitigen Tätigkeit steht er entsprechend § 20 Abs. 1 in erforderlichem Maße für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung. Der Regelungsinhalt des Absatzes 1 entspricht damit dem bisherigen, durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts konkretisierten Recht.

Absatz 2 gibt dem Arzt das Recht, durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss den Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu beschränken. Die Erklärung hat schriftlich zu erfolgen. Zu unterscheiden sind zwei Fälle der Abgabe einer solchen Erklärung: Der Arzt kann die Erklärung entweder bereits im Rahmen der Beantragung einer Zulassung abgeben (vgl. hierzu § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe c – neu – Ärzte-ZV). Möglich ist aber auch der Fall, dass der Inhaber einer Zulassung mit einem unbeschränkten Versorgungsauftrag diesen nachträglich reduzieren möchte.

Während die Beschränkung des Versorgungsauftrags im ersten Fall im Rahmen des Beschlusses des Zulassungsausschusses nach § 19 Abs. 1 Satz 1 über den Antrag der Zulassung festgestellt wird, bedarf es bei einer nachträglichen Reduzierung des Versorgungsauftrags eines gesonderten, den ursprünglichen Versorgungsauftrag abändernden Beschlusses des Zulassungsausschusses. In beiden Fällen erhält der Arzt eine „Teilzulassung“.

Will ein Vertragsarzt seine Tätigkeit später (wieder) auf eine vollzeitige Tätigkeit erweitern, bedarf es nach Absatz 3 eines erneuten Zulassungsverfahrens und eines erneuten Beschlusses des Zulassungsausschusses nach § 19 Abs. 1 Satz 1. Voraussetzung für die Umwandlung des beschränkten Versorgungsauftrages in einen unbeschränkten Versorgungsauftrag ist die Erfüllung der üblichen Voraussetzungen für eine Zulassung. Ein Antrag auf Erweiterung der Teilzulassung kann deshalb z. B. wegen bestehender Zulassungsbeschränkungen abgelehnt werden. Keine Anwen-

dung findet allerdings die Vorschrift des § 25. Dem Vertragsarzt ist es daher auch jenseits des 55. Lebensjahres möglich, seine Zulassung (wieder) auf eine Vollzeittätigkeit zu erweitern.

Hinsichtlich der Anwendbarkeit der Regelung auf medizinische Versorgungszentren gilt das in der Begründung zu § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe c – neu – Ausgeführte.

Zu Nummer 6 (§ 20 Abs. 2)

Die Änderung ermöglicht zunächst, dass ein Vertragsarzt über die bereits von der Rechtsprechung anerkannten Fälle der nicht patientenbezogenen Tätigkeit hinaus (BSGE 81, 143 m. w. N. – Arzt für Pathologie –) in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V abgeschlossen worden ist, tätig sein kann oder mit einer solchen Einrichtung kooperieren kann, ohne dass damit seine Eignung als Vertragsarzt in Frage gestellt ist. Dies gilt sowohl für die Fälle, in denen der Arzt als angestellter Arzt der Organisationshoheit des Krankenhauses unterworfen ist (so in BSGE 81, 143; vgl. oben), als auch für die Fälle, in denen der Arzt in anderer Form mit dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung kooperiert (z. B. als Konsiliararzt, der vom Krankenhaus zur Beratung oder Mitbehandlung herangezogen wird).

Mit der Änderung wird weiter klargestellt, dass ein Arzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein kann. Dies ergibt sich bereits – auch ohne Änderung des § 20 Abs. 2 – aus Folgendem: Der Gesetzgeber hat die Regelungen zu den medizinischen Versorgungszentren in Kenntnis der älteren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 20 Abs. 2 (BSGE 81, 143 m. w. N.; vgl. oben) getroffen. Durch die Zulassung der Krankenhäuser als Gründer von medizinischen Versorgungszentren in § 95 Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass er eine enge Verzahnung von Krankenhäusern und medizinischen Versorgungszentren anstrebt. Diese enge Verzahnung durch Trägeridentität kann jedoch nur dann wirtschaftlich sinnvoll ausgestaltet werden, wenn es dem Träger auch gestattet ist, die personellen Ressourcen optimal zu nutzen und das Personal sowohl im Krankenhaus als auch im medizinischen Versorgungszentrum einzusetzen. Es ist daher davon auszugehen, dass nach dem Willen des Gesetzgebers § 20 Abs. 2 schon bisher so auszulegen ist, dass das Zulassungsrecht der gleichzeitigen Anstellung eines Arztes im Krankenhaus und im medizinischen Versorgungszentrum nicht entgegensteht, so dass eine derartige Beschäftigung vertragsarztrechtlich möglich ist.

Allerdings ist diese Auslegung nicht unumstritten. Einzelne Zulassungsausschüsse haben § 20 Abs. 2 auf die gleichzeitige Tätigkeit von Ärzten im medizinischen Versorgungszentrum und Krankenhaus angewandt und eine derartige Tätigkeit wegen der oben genannten Rechtsprechung ausgeschlossen.

Um eine einheitliche und klare Rechtsanwendung zu ermöglichen, stellt die Ergänzung des § 20 Abs. 2 nunmehr auch sicher, dass ein Arzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein kann. Diese Rechtsfolge folgt aus § 1 Abs. 3, der regelt, dass die Zulassungsverordnung – und damit auch der § 20 Abs. 2 in der geänderten Fassung – u. a. für die in medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte entsprechend gilt. Soweit der neue Satz 2 des § 20 Abs. 2 daher einem Vertragsarzt ausdrücklich ermöglicht, gleichzeitig in einem Krankenhaus tätig zu sein, gilt dies über die Regelung des § 1 Abs. 3 nunmehr auch für den in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Arzt.

Gleiches gilt für die gleichzeitige Tätigkeit als angestellter Arzt in einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung und in einem medizinischen Versorgungszentrum.

Die gleichzeitige Anstellung in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Abs. 9 SGB V und in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ist ebenfalls möglich. Dies ergab sich in der Vergangenheit daraus, dass eine entsprechende Geltung der Zulassungsverordnung auf die in Vertragsarztpraxen angestellten Ärzte – anders als bei den in medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzten (§ 1 Abs. 3) – nicht angeordnet war. Durch die Änderung des § 1 Abs. 3 gilt § 20 Abs. 2 nunmehr ausdrücklich auch für die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte entsprechend.

Diese Änderung, insbesondere die Möglichkeit der gleichzeitigen Tätigkeit von angestellten Ärzten in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum, stellt einen wichtigen Beitrag zur besseren Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung dar. Krankenhäuser, die Träger eines medizinischen Versorgungszentrums sind, erhalten die Möglichkeit, die personellen Ressourcen optimal zu nutzen, indem sie das ärztliche Personal sowohl im Krankenhaus als auch im medizinischen Versorgungszentrum einsetzen.

Zu Nummer 7 (§ 24)

Zu Buchstabe a

Die neuen Absätze 3 und 4 vollziehen für den Vertragsarzt die durch den 107. Deutschen Ärztetag 2004 in § 17 Abs. 2 MBO-Ä vorgenommene Lockerung der Bindung des Arztes an seinen Vertragsarztsitz nach, soweit dies mit der spezifischen Pflicht eines Vertragsarztes, die vertragsärztliche Versorgung an seinem Vertragsarztsitz zu gewährleisten (vgl. § 95 Abs. 1 Satz 4 und Absatz 3 SGB V i. V. m. den Regelungen zur regionalen Bedarfsplanung), vereinbar ist.

Nach den alten berufsrechtlichen Regelungen der „Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte“ (MBO-Ä a. F.) waren neben der Pflicht zur Sprechstunde am Praxissitz Sprechstunden in Zweigpraxen zulässig, sofern dies zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erforderlich war. Die Durchführung spezieller Untersuchungen und Behandlungen war in ausgelagerten Praxisräumen in räumlicher Nähe zum Praxissitz des Arztes zulässig (§ 18 MBO-Ä a. F.). Vertragsarztrechtlich ist bisher in § 15a Abs. 1 der Bundesmantelverträge-Ärzte (BMV-Ä) geregelt, dass Vertragsärzte Sprechstunden in einer im Bezirk ihrer Kassenärztlichen Vereinigung gelegenen Zweigpraxis mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung abhalten dürfen, wenn die Zweigpraxis zur Sicherung einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung erforderlich ist. Daneben dürfen Vertragsärzte – genehmigungsfrei – in räumlicher Nähe zu ihrem Vertragsarztsitz ausgelagerte Praxisräume für spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unterhalten (hier jedoch keine Sprechstunden abhalten).

Die berufsrechtliche Neuregelung in § 17 Abs. 2 MBO-Ä gestattet es den Ärzten, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein, sofern sie Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit treffen.

Diese berufsrechtliche Änderung wird in Absatz 3 in der Weise umgesetzt, dass dem Vertragsarzt ermöglicht wird, neben der Tätigkeit an seinem Vertragsarztsitz an weiteren Orten tätig zu sein, wenn diese die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz nicht gefährdet; eine bestimmte Höchstzahl der weiteren Orte gibt das Vertragsarztrecht, anders als die MBO-Ä, nicht vor (Satz 1). Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, dessen Mitglied der Vertragsarzt ist, hat der Vertragsarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Genehmigung durch seine Kassenärztliche Vereinigung (Satz 2). Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung, benötigt der Vertragsarzt für diese Tätigkeit eine Ermächtigung des zuständigen Zulassungsausschusses (Satz 3). Das Institut der Ermächtigung für die Erbringung von Leistungen im Bezirk der fremden Kassenärztlichen Vereinigung ist sachgerecht, weil der Vertragsarzt dadurch – bezogen auf diese Leistungen – in das Leistungserbringersystem der fremden Kassenärztlichen Vereinigung (z. B. Abrechnung, Honorarverteilungsmaßstab, Disziplinargewalt) integriert wird (vgl. § 95 Abs. 4 SGB V). Die an sich für Ermächtigungen nach § 31 Abs. 9 Satz 1 – im Regelfall – geltende Altersgrenze von 55 Jahren ist auf die Ermächtigung zur Erbringung dieser vertragsärztlichen Leistungen nicht anzuwenden, weil diese Ermächtigung Ärzte betrifft, die bereits vertragsärztliche Leistungserbringer sind und ihre wirtschaftliche Basis in ihrer Vertragsarzttätigkeit haben (Satz 4). Die Regelung in Satz 5 erlaubt dem Vertragsarzt, die auf Grund der Ermächtigung zu versorgenden Versicherten auch unter Mithilfe der Ärzte zu behandeln, die er für die Ausübung seiner Vertragsarzttätigkeit am Vertragsarztsitz angestellt hat. Außerdem darf der Vertragsarzt für die Leistungserbringung an den weiteren Orten, an denen er auf Grund einer Ermächtigung nach Satz 3 tätig ist, in dem Umfang angestellte Ärzte beschäftigen, wie es ihm vertragsarztrechtlich, z. B. bedarfsplanungsrechtlich und unter Wahrung seiner vertragsärztlichen Leitungs- und Überwachungspflicht, erlaubt wäre (vgl. § 95 Abs. 9 SGB V und § 32 Abs. 1 Satz 1), wenn er an diesen Orten seinen Vertragsarztsitz hätte (Satz 6). Diese Sonderregelungen in den Sätzen 5 und 6 sind notwendig, da nach § 32a Satz 1 ermächtigte Ärzte anders als Vertragsärzte ihre Leistungen nicht durch angestellte Ärzte erbringen dürfen. Keiner Genehmigung oder Ermächtigung bedarf die weitere Tätigkeit eines Vertragsarztes außerhalb seines Vertragsarztsitzes an weiteren Orten, sofern der Vertragsarzt dort als Mitglied einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft an einem (anderen) Vertragsarztsitz eines Mitglieds dieser Gemeinschaft tätig ist (Satz 8). Davon unberührt ist seine vertragsärztliche Pflicht, vornehmlich die Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz sicherzustellen.

Absatz 4 ermöglicht in Satz 1 den für die Erlaubnis zur vertragsärztlichen Tätigkeit an den weiteren Orten zuständigen Institutionen (Kassenärztliche Vereinigung, Zulassungsausschuss), die Erlaubnis zur Sicherung der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 3 mit Auflagen zu versehen. Die Einzelheiten hierzu, insbesondere in welchem Umfang der Vertragsarzt zur Erfüllung seiner Leistungspflichten am Vertragsarztsitz und an dem weiteren Ort angestellte Ärzte unter Berücksichtigung seiner Leitungs- und Überwachungspflicht einsetzen kann, ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.

Absatz 5 bestimmt für ausgelagerte Praxisräume (spezielle Untersuchungs- und Behandlungsräume in räumlicher Nähe zur Vertragsarztpraxis, vgl. § 18 Abs. 2 MBO-Ä – alt), die nach geltendem Recht genehmigungsfrei sind, vgl. § 15a Abs. 2 BMV-Ä, eine Anzeigepflicht, damit die Kassenärztliche Vereinigung in der Lage ist, die Einhaltung der Anforderungen an ausgelagerte Praxisräume zu überprüfen.

Der neue Absatz 6 entspricht dem alten Absatz 3 und passt lediglich die Terminologie durch Ersetzen des Begriffes „Fachgebiet“ durch „Facharztbezeichnung“ der neuen MWBO-Ä an. Aufgrund der Regelung in § 1 Abs. 3 gilt die Vorschrift für den Wechsel der Facharztbezeichnung des in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 SGB V angestellten Arztes sowie des bei einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Arztes entsprechend. Dies ist sachgerecht, weil die Anforderung an die Facharztbezeichnung, deren Erfüllung Voraussetzung für die Genehmigung der Anstellung ist, während der gesamten Dauer der Anstellung erfüllt sein muss.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu der unter Buchstabe a vorgenommenen Einfügung der neuen Absätze 3 bis 6.

Zu Nummer 8 (§ 25)

§ 25 sieht in Umsetzung des § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V bislang vor, dass die Zulassung eines Arztes, der das 55. Lebensjahr vollendet hat, ausgeschlossen ist. Eine Ausnahme hiervon ist nur möglich, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist. Die Änderung hält an der Altersgrenze von 55 Jahren für den Zugang zur Zulassung grundsätzlich fest, öffnet die Regelung jedoch für unterversorgte Gebiete, in dem sie dem Zulassungsausschuss aufgibt, auch Ärztinnen und Ärzte, die bereits die Altersgrenze von 55 Jahren überschritten haben, zuzulassen, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 16 Abs. 2 eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat (Nummer 1).

Die Änderung stellt zudem klar, dass die 55-Jahresgrenze weder für die Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren noch für die Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten gilt (Nummer 2).

Zu Nummer 9 (Überschrift IX. Abschnitt)

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 10 (§ 32b Abs. 1)

Bei der Neufassung des § 32b Abs. 1 handelt es sich zum einen um eine Folgeänderung zu der in § 95 Abs. 9 und 9a SGB V getroffenen Neuregelung der Anstellung von Ärzten durch Vertragsärzte. Zum anderen wird die bisherige Vor-

schrift, dass die Regelung nicht für medizinische Versorgungszentren gilt, gestrichen. Damit gilt § 32b Abs. 1 künftig – ebenso wie bereits nach geltendem Recht die Absätze 2 und 4 – gemäß § 1 Abs. 3 auch für die Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren.

Satz 2 trifft darüber hinaus eine besondere Regelung für die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen, indem den Bundesmantelvertragspartnern aufgegeben wird, konkretisierende Regelungen zum Umfang der Anstellungsmöglichkeit in Vertragsarztpraxen zu treffen unter Beachtung des in § 32 Abs. 1 Satz 1 geregelten Gebots zur persönlichen Praxisführung.

Zu Nummer 11 (§ 33)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung ermöglicht medizinischen Versorgungszentren eine gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten. Eine solche gemeinsame Beschäftigung kann z. B. in „Kopfzentren“ sinnvoll sein.

Zu Buchstabe b

Der neu gefasste Absatz 2 regelt – in Anlehnung an die auf dem 107. Deutschen Ärztetag 2004 in der neuen (Muster-)Berufsordnung getroffenen Empfehlungen zur berufsrechtlichen Erleichterung der Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten – die vertragsarztrechtlichen Anforderungen an die gemeinsame Berufsausübung der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer.

Die Sätze 1 und 2 legen fest, dass Berufsausübungsgemeinschaften (z. B. BGB-Gesellschaft und Partnerschaftsgesellschaft) sowohl mit einem einzigen Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) als auch mit mehreren Vertragsarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) zulässig sind. Dabei wird anstelle des Begriffs „Vertragsarzt“ der umfassendere Begriff „zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer“ gewählt, um zu verdeutlichen, dass vertragsarztrechtlich nicht nur Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten, sondern zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, also Ärzten, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren, zulässig sind und bezüglich der medizinischen Versorgungszentren auch unabhängig davon, ob sie als juristische Personen oder als Personengesellschaften organisiert sind. Satz 2 erlaubt den Mitgliedern der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft, zur Erfüllung von Versorgungsaufträgen auch an den Vertragsarztsitzen der anderen Mitglieder tätig zu werden, sofern dies mit ihrer Präsenzpflicht an ihren eigenen Vertragsarztsitzen vereinbar ist. Satz 3 erlaubt die Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften zur Übernahme spezifischer, auf die Erbringung bestimmter Leistungen bezogener Behandlungsaufträge, z. B. Kinderarzt und Neurologe bilden – neben ihren weiterhin bestehenden Einzelpraxen – eine Berufsausübungsgemeinschaft zur Behandlung kinderneurologischer Erkrankungen; nicht erlaubt werden allerdings sog. Kickback-Konstellationen, bei denen ein Arzt eines therapieorientierten Fachgebietes (z. B. Gynäkologe) eine Berufsausübungsgemeinschaft eingeht mit einem Arzt eines Methodenfaches (z. B. Labor), um das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt zu unterlaufen.

Absatz 3 Satz 1 bindet die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit der Berufsausübungsgemeinschaft an die vorherige Genehmigung des Zulassungsausschusses; der Grund dafür ist, dass die Genehmigung statusbegründend ist und deshalb nicht ex tunc wirkt. Satz 2 trifft eine Zuständigkeitsregelung für das Genehmigungsverfahren in den Fällen, in denen sich überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften über mehrere Zulassungsbezirke erstrecken. Die Sätze 3 und 4 geben überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, deren Mitglieder mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen angehören, auf, für einen bestimmten Zeitraum (mindestens zwei Jahre) einen der Vertragsarztsitze ihrer Mitglieder als denjenigen zu bestimmen, der sowohl für die Genehmigungsentscheidung als auch für die Abwicklung der Leistungserbringung an allen Vertragsarztsitzen der Mitglieder maßgeblich ist. Die Genehmigungsentscheidung des betreffenden Zulassungsausschusses entfaltet deshalb Wirkung auch für die nicht am Genehmigungsverfahren beteiligten anderen Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bezirken die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft tätig ist, und für die dortigen Kassenverbände. Satz 5 stellt klar (vgl. BSGE 55, 97 (105) zur Zulässigkeit von Nebenbestimmungen gemäß § 32 Abs. 1 SGB X), dass die Genehmigung mit notwendigen Auflagen versehen werden kann, die durch die Bundesmantelverträge einheitlich zu konkretisieren sind.

Die weiteren Vorgaben, die zur Abwicklung der Leistungserbringung der sich über mehrere Bezirke von Kassenärztlichen Vereinigungen erstreckenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften erforderlich sind, können gemäß § 75 Abs. 7 Satz 3 SGB V in den Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 SGB V sowie in den Bundesmantelverträgen nach § 72 Abs. 2 i. V. m. § 72 Abs. 1 SGB V geregelt werden; die Kompetenz zum notwendigen Datenaustausch wird durch eine Ergänzung des § 285 Abs. 3 SGB V geschaffen.

Zu Nummer 12 (§ 36)

Die Regelung stellt sicher, dass auch die Patientenvertreterinnen und -vertreter zu den Sitzungen des Zulassungsausschusses unter Einhaltung der für Mitglieder des Zulassungsausschusses geltenden Frist unter Angabe der Tagesordnung geladen werden.

Zu Nummer 13 (§ 41 Abs. 1)

Zu Buchstabe a

Das Mitberatungsrecht nach § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird konkretisiert durch dieselbe Formulierung wie in § 13 Abs. 5 der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Außerdem wird ausdrücklich das Recht zur Anwesenheit bei der Beratung festgelegt.

Zu Buchstabe b

Eine zielführende Mitberatung verlangt, dass der Beratende auch über das Ergebnis der Beschlussfassung unterrichtet wird; deshalb haben die Patientenvertreterinnen und -vertre-

ter Anspruch auf Abschrift der Beschlüsse, an deren Erarbeitung sie mitgewirkt haben.

Zu Nummer 14 (§ 42)

Die Beratungstransparenz erfordert, dass auch die Patientenvertreterinnen und -vertreter auf der Grundlage einer Niederschrift über die sie betreffenden Tagesordnungspunkte den Beratungsablauf noch einmal nachvollziehen können.

Zu Nummer 15 (§ 44)

Die Änderung streicht das auch im sonstigen verwaltungs- oder sozialgerichtlichen Vorverfahren nicht vorgesehene Erfordernis, dass der Widerspruch nicht nur binnen eines Monats erhoben, sondern auch mit Gründen versehen werden muss.

Das Bundessozialgericht hält das Begründungserfordernis zwar im Grundsatz mit den Vorgaben des Artikels 19 Abs. 4 Satz 1 GG für vereinbar (eine Ausnahme hat es mit Urteil vom 23. Februar 2005 – B 6 KA 70/03 R – lediglich für Drittbetroffene bejaht, die nicht zum Verwaltungsverfahren hinzugezogen wurden). Gleichwohl soll an diesem Erfordernis nicht mehr festgehalten werden. Die Begründungspflicht wurde in der täglichen Praxis – auch von Rechtsanwälten – häufig übersehen. Dies hat erhebliche Folgen, weil die fehlende Begründung zur Unzulässigkeit des Widerspruchs führt.

Zu Nummer 16 (§ 46)

Seit Jahren wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine deutliche (vierfache) Erhöhung der Gebühren für die Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen gefordert, weil die seit fast 30 Jahren (zuletzt 1977) nicht mehr veränderten Gebühren bei weitem nicht die Kosten decken und ca. 75 v. H. aus Haushaltsmitteln der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen aufzubringen sind.

Die Gebühren werden um das Vierfache erhöht. Im Übrigen handelt es sich um notwendige redaktionelle Änderungen.

Zu Artikel 6 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Zu Nummer 1 (§ 1 Abs. 3)

Die Änderung sieht vor, dass die Verordnung auch für die bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte entsprechend gilt. Die bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte werden damit den bei medizinischen Versorgungszentren angestellten Zahnärzten gleichgestellt, für die die Verordnung schon in der Vergangenheit entsprechend galt.

Zu Nummer 2 (§ 12)

Folgeänderung zu der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) erfolgten Einführung eines Gemeinsamen Bundesausschusses durch § 91 SGB V.

Zu Nummer 3 (§ 18 Abs. 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V, mit der dem Vertragszahnarzt ermöglicht wird, seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages zu beschränken. Der neue Buchstabe c sieht daher für den Fall einer Beantragung einer Zulassung vor, dass der Vertragszahnarzt seinem Zulassungsantrag eine entsprechende Erklärung darüber beizufügen hat, wenn er seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages beschränken möchte. Ist der Zahnarzt bereits im Besitz einer Zulassung, bedarf es einer gesonderten Erklärung nach § 19a Abs. 2 – neu –.

Für medizinische Versorgungszentren gilt die Vorschrift nach § 1 Abs. 3 nur entsprechend. Dies führt dazu, dass es einem medizinischen Versorgungszentrum nicht möglich ist, eine Erklärung abzugeben, mit der es seinen Versorgungsauftrag auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränkt. So würde es dem Wesen eines medizinischen Versorgungszentrums als einer nach der Legaldefinition des § 95 Abs. 1 Satz 2 ärztlich geleiteten Einrichtung, das in der Rechtsform der juristischen Person betrieben werden kann und nach seinem Zweck umfassende medizinische Dienstleistungen unter einem Dach anbieten soll, widersprechen, wenn dieses nur über einen hälftigen Versorgungsauftrag verfügen könnte. Zudem ergibt sich bereits aus § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V, dass in einem medizinischen Versorgungszentrum mindestens zwei Zahnärzte tätig sein müssen.

Nicht ausgeschlossen ist hingegen, dass das medizinische Versorgungszentrum unter Berücksichtigung dieser Anforderung – wie bereits nach geltendem Recht – über weitere beschränkte Versorgungsaufträge verfügen kann. Ebenso möglich ist es, dass die in einem medizinischen Versorgungszentrum arbeitenden Vertragszahnärzte nur über eine Zulassung mit einem hälftigen Versorgungsvertrag verfügen.

Zu Nummer 4 (Überschrift VI. Abschnitt)

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 5 (§ 19a)

Der neue § 19a konkretisiert als Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V, die nach dieser Vorschrift für den Vertragszahnarzt künftig bestehende Möglichkeit, seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages zu beschränken.

Absatz 1 stellt zunächst in Anlehnung an die bisherige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV klar, dass der zeitliche Umfang des Versorgungsauftrages eines Vertragszahnarztes, wie er regelhaft aus der Zulassung folgt, den Zahnarzt verpflichtet, die vertragszahnärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Dabei steht dem Merkmal einer vollzeitigen Tätigkeit nicht entgegen, wenn der Vertragszahnarzt eine Nebentätigkeit ausübt, die sich in dem vom Bundessozialgericht bestimmten Rahmen bewegt. Nur im Falle einer solchen vollzeitigen Tätigkeit steht er entsprechend § 20 Abs. 1 in erforderlichem Maße für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung. Der Regelungsinhalt des Absatzes 1 entspricht damit dem bisherigen, durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts konkretisierten Recht.

Absatz 2 gibt dem Zahnarzt das Recht, durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss den Versorgungsauftrag

auf die Hälfte zu beschränken. Die Erklärung hat schriftlich zu erfolgen. Zu unterscheiden sind zwei Fälle der Abgabe einer solchen Erklärung: Der Zahnarzt kann die Erklärung entweder bereits im Rahmen der Beantragung einer Zulassung abgeben (vgl. hierzu § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe c – neu). Möglich ist aber auch der Fall, dass der Inhaber einer Zulassung mit einem unbeschränkten Versorgungsauftrag diesen nachträglich reduzieren möchte.

Während die Beschränkung des Versorgungsauftrags im ersten Fall im Rahmen des Beschlusses des Zulassungsausschusses nach § 19 Abs. 1 Satz 1 über den Antrag der Zulassung festgestellt wird, bedarf es bei einer nachträglichen Reduzierung des Versorgungsauftrags eines gesonderten, den ursprünglichen Versorgungsauftrag abändernden Beschlusses des Zulassungsausschusses. In beiden Fällen erhält der Zahnarzt eine „Teilzulassung“.

Will ein Vertragszahnarzt seine Tätigkeit später (wieder) auf eine vollzeitige Tätigkeit erweitern, bedarf es nach Absatz 3 eines erneuten Zulassungsverfahrens und eines erneuten Beschlusses des Zulassungsausschusses nach § 19 Abs. 1 Satz 1. Voraussetzung für die Umwandlung des beschränkten Versorgungsauftrages in einen unbeschränkten Versorgungsauftrag ist die Erfüllung der üblichen Voraussetzungen für eine Zulassung. Ein Antrag auf Erweiterung der Teilzulassung kann deshalb z. B. wegen bestehender Zulassungsbeschränkungen abgelehnt werden. Keine Anwendung findet allerdings die Vorschrift des § 25. Dem Vertragszahnarzt ist es daher auch jenseits des 55. Lebensjahres möglich, seine Zulassung (wieder) auf eine Vollzeittätigkeit zu erweitern.

Hinsichtlich der Anwendbarkeit der Regelung auf medizinische Versorgungszentren gilt das in der Begründung zu § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe c – neu – Ausgeführte.

Zu Nummer 6 (§ 20 Abs. 2)

Die Vorschrift regelt die Vereinbarkeit von vertragszahnärztlicher Tätigkeit und Tätigkeit in einem Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V entsprechend der Regelung für Vertragsärzte.

Da die im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit aufgetretenen Probleme im Rahmen der zahnärztlichen Tätigkeit in der Vergangenheit nicht in gleicher Weise aufgetreten sind, erfolgt die Änderung vornehmlich zur Sicherung der Gleichbehandlung der beiden Arztgruppen.

Zu Nummer 7 (§ 24)

Zu Buchstabe a

Die neuen Absätze 3 und 4 vollziehen für den Vertragszahnarzt die in § 9 Abs. 2 der „Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer“ (MBO-Zahnärzte) vorgenommene Lockerung der Bindung des Zahnarztes an seinen Vertragszahnarztsitz nach, soweit dies mit der spezifischen Pflicht eines Vertragszahnarztes, die vertragszahnärztliche Versorgung an seinem Vertragszahnarztsitz zu gewährleisten (vgl. § 95 Abs. 1 Satz 4 und Absatz 3 SGB V i. V. m. den Regelungen zur regionalen Bedarfsplanung), vereinbar ist.

Nach den alten berufsrechtlichen Regelungen der „Musterberufsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen“ (MBO-Zahnärzte a. F.) konnte mit vorheriger Zustimmung der Kammer widerruflich und befristet eine Zweigpraxis errichtet werden, sofern dies zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung erforderlich war (§ 5 Abs. 2 MBO-Zahnärzte a. F.). Die Durchführung spezieller Untersuchungen und Behandlungen war mit vorheriger Zustimmung der Kammer in ausgelagerten Praxisräumen in räumlicher Nähe zum Praxissitz des Zahnarztes zulässig (§ 5 Abs. 4 MBO-Zahnärzte a. F.). Vertragszahnarztrechtlich ist bisher in § 6 Abs. 6 der Bundesmantelverträge-Zahnärzte (BMV-Z) geregelt, dass Vertragszahnärzte Sprechstunden in einer im Bezirk ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung gelegenen Zweigpraxis mit Zustimmung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abhalten dürfen, wenn die Zweigpraxis zur Sicherung einer ausreichenden vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlich ist.

Die berufsrechtliche Neuregelung in § 9 Abs. 2 MBO-Zahnärzte gestattet es den Zahnärzten, über den Praxissitz hinaus an weiteren Orten zahnärztlich tätig zu sein, sofern sie Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit treffen.

Diese berufsrechtliche Änderung wird in Absatz 3 in der Weise umgesetzt, dass dem Vertragszahnarzt ermöglicht wird, neben der Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz an weiteren Orten tätig zu sein, wenn diese die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragszahnarztsitz nicht gefährdet (Satz 1). Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, dessen Mitglied der Vertragszahnarzt ist, hat der Vertragszahnarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Genehmigung durch seine Kassenzahnärztliche Vereinigung (Satz 2). Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk einer anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigung, benötigt der Vertragszahnarzt für diese Tätigkeit eine Ermächtigung des zuständigen Zulassungsausschusses (Satz 3). Das Institut der Ermächtigung für die Erbringung von Leistungen im Bezirk der fremden Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist sachgerecht, weil der Vertragszahnarzt dadurch – bezogen auf diese Leistungen – in das Leistungserbringersystem der fremden Kassenzahnärztlichen Vereinigung (z. B. Abrechnung, Honorarverteilungsmaßstab, Disziplinargewalt) integriert wird (vgl. § 95 Abs. 4 SGB V). Die an sich für Ermächtigungen nach § 31 Abs. 9 Satz 1 – im Regelfall – geltende Altersgrenze von 55 Jahren ist auf die Ermächtigung zur Erbringung dieser vertragszahnärztlichen Leistungen nicht anzuwenden, weil diese Ermächtigung Zahnärzte betrifft, die bereits vertragszahnärztliche Leistungserbringer sind und ihre wirtschaftliche Basis in ihrer Vertragszahnarzttätigkeit haben (Satz 4). Die Regelung in Satz 5 erlaubt dem Vertragszahnarzt, die auf Grund der Ermächtigung zu versorgenden Versicherten auch unter Mithilfe der Zahnärzte zu behandeln, die er für die Ausübung seiner Vertragszahnarzttätigkeit am Vertragszahnarztsitz angestellt hat. Außerdem darf der Vertragszahnarzt für die Leistungserbringung an den weiteren Orten, an denen er auf Grund einer Ermächtigung nach Satz 3 tätig ist, in dem Umfang angestellte Zahnärzte beschäftigen, wie es ihm vertragszahnarztrechtlich, z. B. bedarfsplanungsrechtlich und unter Wahrung seiner vertragszahnärztlichen Leitungs- und Überwachungspflicht, erlaubt wäre (vgl. § 95 Abs. 9 SGB V und § 32 Abs. 1 Satz 1), wenn er an diesen

Orten seinen Vertragszahnarztsitz hätte (Satz 6). Diese Sonderregelungen in den Sätzen 5 und 6 sind notwendig, da nach § 32a Satz 1 ermächtigte Zahnärzte anders als Vertragszahnärzte ihre Leistungen nicht durch angestellte Zahnärzte erbringen dürfen. Keiner Genehmigung oder Ermächtigung bedarf die weitere Tätigkeit eines Vertragszahnarztes außerhalb seines Vertragszahnarztsitzes an weiteren Orten, sofern der Vertragszahnarzt dort als Mitglied einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft an einem (anderen) Vertragszahnarztsitz eines Mitglieds dieser Gemeinschaft tätig ist (Satz 8). Davon unberührt ist seine vertragszahnärztliche Pflicht, vornehmlich die Versorgung der Versicherten an seinem Vertragszahnarztsitz sicherzustellen.

Absatz 4 ermöglicht in Satz 1 den für die Erlaubnis zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit an den weiteren Orten zuständigen Institutionen (Kassenzahnärztliche Vereinigung, Zulassungsausschuss), die Erlaubnis zur Sicherung der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 3 mit Auflagen zu versehen. Die Einzelheiten hierzu, insbesondere in welchem Umfang der Vertragszahnarzt zur Erfüllung seiner Leistungspflichten am Vertragszahnarztsitz und an dem weiteren Ort angestellte Zahnärzte unter Berücksichtigung seiner Leitungs- und Überwachungspflicht einsetzen kann, ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.

Absatz 5 bestimmt für ausgelagerte Praxisräume (spezielle Untersuchungs- und Behandlungsräume in räumlicher Nähe zur Vertragszahnarztpraxis, vgl. § 5 Abs. 4 MBO-Zahnärzte – alt), die nach geltendem Recht genehmigungsfrei sind, eine Anzeigepflicht, damit die Kassenzahnärztliche Vereinigung in der Lage ist, die Einhaltung der Anforderungen an ausgelagerte Praxisräume zu überprüfen.

Der neue Absatz 6 entspricht dem alten Absatz 3 und passt lediglich die Terminologie durch Ersetzen des Begriffes „Fachgebiet“ durch „Gebietsbezeichnung“ der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundeszahnärztekammer an. Aufgrund der Regelung in § 1 Abs. 3 gilt die Vorschrift für den Wechsel der Gebietsbezeichnung des in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 SGB V angestellten Zahnarztes sowie des bei einem Vertragszahnarzt nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Zahnarztes entsprechend. Dies ist sachgerecht, weil die Anforderung an die Gebietsbezeichnung, deren Erfüllung Voraussetzung für die Genehmigung der Anstellung ist, während der gesamten Dauer der Anstellung erfüllt sein muss.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu der unter Buchstabe a vorgenommenen Einfügung der neuen Absätze 3 bis 6.

Zu Nummer 8 (§ 25)

§ 25 sieht in Umsetzung des § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V bislang vor, dass die Zulassung eines Zahnarztes, der das 55. Lebensjahr vollendet hat, ausgeschlossen ist. Eine Ausnahme hiervon ist nur möglich, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist. Die Änderung hält an der Altersgrenze von 55 Jahren für den Zugang zur Zulassung grundsätzlich fest, öffnet die Regelung jedoch für unterversorgte Gebiete, indem sie dem Zulassungsausschuss aufgibt, auch Zahnärztinnen und Zahnärzte, die bereits die Altersgrenze von 55 Jahren überschritten haben, zuzulassen, wenn der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 16 Abs. 2 eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat (Nummer 1).

Die Änderung stellt zudem klar, dass die 55-Jahresgrenze weder für die Anstellung von Zahnärzten in medizinischen Versorgungszentren noch für die Anstellung von Zahnärzten bei Vertragszahnärzten gilt (Nummer 2).

Zu Nummer 9 (Überschrift IX. Abschnitt)

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 10 (§ 32b Abs. 1)

Bei der Neufassung des § 32b Abs. 1 handelt es sich zum einen um eine Folgeänderung zu der in § 95 Abs. 9 SGB V getroffenen Neuregelung der Anstellung von Zahnärzten durch Vertragszahnärzte. Zum anderen wird die bisherige Vorschrift, dass die Regelung nicht für medizinische Versorgungszentren gilt, gestrichen. Damit gilt § 32b Abs. 1 künftig – ebenso wie bereits nach geltendem Recht die Absätze 2 und 4 – gemäß § 1 Abs. 3 auch für die Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren.

Satz 2 trifft darüber hinaus eine besondere Regelung für die Anstellung von Zahnärzten in Vertragszahnarztpraxen, indem den Bundesmantelvertragspartnern aufgegeben wird, konkretisierende Regelungen zum Umfang der Anstellungsmöglichkeit in Vertragszahnarztpraxen zu treffen unter Beachtung des in § 32 Abs. 1 Satz 1 geregelten Gebots zur persönlichen Praxisführung.

Zu Nummer 11 (§ 33)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung ermöglicht medizinischen Versorgungszentren eine gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten. Eine solche gemeinsame Beschäftigung kann z. B. in „Kopfzentren“ sinnvoll sein.

Zu Buchstabe b

Der neu gefasste Absatz 2 regelt – in Anlehnung an die in der neuen (Muster-)Berufsordnung der Bundeszahnärztekammer getroffenen Empfehlungen zur berufsrechtlichen Erleichterung der Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften von Zahnärzten – die vertragszahnärztlichen Anforderungen an die gemeinsame Berufsausübung der zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer.

Die Sätze 1 und 2 legen fest, dass Berufsausübungsgemeinschaften (z. B. BGB-Gesellschaft und Partnerschaftsgesellschaft) sowohl mit einem einzigen Vertragzahnsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) als auch mit mehreren Vertragszahnarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) zulässig sind. Dabei wird anstelle des Begriffs „Vertragzahnarzt“ der umfassendere Begriff „zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer“ gewählt, um zu verdeutlichen, dass vertragszahnarztrechtlich nicht nur Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Zahnärzten, sondern zwischen allen zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, also Zahnärzten und medizinischen Versorgungszentren, zulässig sind und bezüglich der medizinischen Versorgungszentren auch unab-

hängig davon, ob sie als juristische Personen oder als Personengesellschaften organisiert sind. Satz 2 erlaubt den Mitgliedern der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft, zur Erfüllung von Versorgungsaufträgen auch an den Vertragszahnarztsitzen der anderen Mitglieder tätig zu werden, sofern dies mit ihrer Präsenzpflicht an ihren eigenen Vertragszahnarztsitzen vereinbar ist. Satz 3 erlaubt die Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften zur Übernahme spezifischer, auf die Erbringung bestimmter Leistungen bezogener Behandlungsaufträge; nicht erlaubt werden allerdings sog. Kickback-Konstellationen, in denen Berufsausübungsgemeinschaften eingegangen werden, um das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt zu unterlaufen.

Absatz 3 Satz 1 bindet die Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit der Berufsausübungsgemeinschaft an die vorherige Genehmigung des Zulassungsausschusses; der Grund dafür ist, dass die Genehmigung statusbegründend ist und deshalb nicht ex tunc wirkt. Satz 2 trifft eine Zuständigkeitsregelung für das Genehmigungsverfahren in den Fällen, in denen sich überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften über mehrere Zulassungsbezirke erstrecken. Die Sätze 3 und 4 geben überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, deren Mitglieder mehreren Kassenzahnärztlichen Vereinigungen angehören, auf, für einen bestimmten Zeitraum (mindestens zwei Jahre) einen der Vertragszahnarztsitze ihrer Mitglieder als denjenigen zu bestimmen, der sowohl für die Genehmigungsentscheidung als auch für die Abwicklung der Leistungserbringung an allen Vertragszahnarztsitzen der Mitglieder maßgeblich ist. Die Genehmigungsentscheidung des betreffenden Zulassungsausschusses entfaltet deshalb Wirkung auch für die nicht am Genehmigungsverfahren beteiligten anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, in deren Bezirken die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft tätig ist, und für die dortigen Kassenverbände. Satz 5 stellt klar (vgl. BSGE 55, 97 (105) zur Zulässigkeit von Nebenbestimmungen gemäß § 32 Abs. 1 SGB X), dass die Genehmigung mit notwendigen Auflagen versehen werden kann, die durch die Bundesmantelverträge einheitlich zu konkretisieren sind.

Die weiteren Vorgaben, die zur Abwicklung der Leistungserbringung der sich über mehrere Bezirke von Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstreckenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften erforderlich sind, können gemäß § 75 Abs. 7 Satz 3 SGB V in den Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 SGB V sowie in den Bundesmantelverträgen nach § 72 Abs. 2 i. V. m. § 82 Abs. 1 SGB V geregelt werden; die Kompetenz zum notwendigen Datenaustausch wird durch eine Ergänzung des § 285 Abs. 3 SGB V geschaffen.

Zu Nummer 12 (§ 36)

Die Regelung stellt sicher, dass auch die Patientenvertreterinnen und -vertreter zu den Sitzungen des Zulassungsausschusses unter Einhaltung der für Mitglieder des Zulassungsausschusses geltenden Frist unter Angabe der Tagesordnung geladen werden.

Zu Nummer 13 (§ 41 Abs. 1 und 5)

Zu Buchstabe a

Das Mitberatungsrecht nach § 140f Abs. 3 SGB V wird konkretisiert durch dieselbe Formulierung wie in § 13 Abs. 5 der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Außerdem wird ausdrücklich das Recht zur Anwesenheit bei der Beratung festgelegt.

Zu Buchstabe b

Eine zielführende Mitberatung verlangt, dass der Beratende auch über das Ergebnis der Beschlussfassung unterrichtet wird; deshalb haben die Patientenvertreterinnen und -vertreter Anspruch auf Abschrift der Beschlüsse, an deren Erarbeitung sie mitgewirkt haben.

Zu Nummer 14 (§ 42)

Die Beratungstransparenz erfordert, dass auch die Patientenvertreterinnen und -vertreter auf der Grundlage einer Niederschrift über die sie betreffenden Tagesordnungspunkte den Beratungsablauf noch einmal nachvollziehen können.

Zu Nummer 15 (§ 44)

Die Änderung streicht das auch im sonstigen verwaltungs- oder sozialgerichtlichen Vorverfahren nicht vorgesehene Erfordernis, dass der Widerspruch nicht nur binnen eines Monats erhoben, sondern auch mit Gründen versehen werden muss.

Das Bundessozialgericht hält das Begründungserfordernis zwar im Grundsatz mit den Vorgaben des Artikels 19 Abs. 4 Satz 1 GG für vereinbar (eine Ausnahme hat es mit Urteil vom 23. Februar 2005 – B 6 KA 70/03 R – lediglich für Drittbetroffene bejaht, die nicht zum Verwaltungsverfahren hinzugezogen wurden). Gleichwohl soll an diesem Erfordernis nicht mehr festgehalten werden. Die Begründungspflicht wurde in der täglichen Praxis – auch von Rechtsanwälten – häufig übersehen. Dies hat erhebliche Folgen, weil die fehlende Begründung zur Unzulässigkeit des Widerspruchs führt.

Zu Nummer 16 (§ 46 Abs. 1 und 2)

Seit Jahren wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine deutliche (vierfache) Erhöhung der Gebühren für die Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen gefordert, weil die seit fast 30 Jahren (zuletzt 1977) nicht mehr veränderten Gebühren bei weitem nicht die Kosten decken und ca. 75 v. H. aus Haushaltsmitteln der Selbstverwaltung der Zahnärzte und Krankenkassen aufzubringen sind.

Die Gebühren werden um das Vierfache erhöht. Im Übrigen handelt es sich um notwendige redaktionelle Änderungen.

Zu Artikel 7 (Sechste Gebührenanpassungsverordnung)

Mit der Aufhebung der Verordnung entfällt der bisher für in den neuen Ländern sowie in Ostberlin erbrachte privatärztliche Leistungen nach der GOÄ, privatzahnärztliche Leistungen nach der GOZ, Leistungen nichtärztlicher Psychotherapeuten bei Privatbehandlung nach der GOP sowie für in den neuen Ländern im Rahmen der Hebammenhilfe der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachte Leistungen freiberuflicher Hebammen nach der HebGV geltende Vergütungsabschlag von 10 v. H. der nach den vorgenannten Gebührenordnungen jeweils maßgeblichen Gebühren. Mit dem Weg-

fall des Vergütungsabschlags wird für den jeweiligen Bereich der vorgenannten Gebührenordnungen erstmalig seit der Wiedervereinigung ein im gesamten Bundesgebiet einheitliches Vergütungsniveau erreicht.

Im Hinblick auf inzwischen im Wesentlichen einheitliche Lebensverhältnisse in Ost- und Westdeutschland mit weitestgehend angepasstem Kosten- und Preisniveau wäre ein weiteres Festhalten an der Vergütungsdifferenzierung nicht mehr sachgerecht. Zudem verbessert die Aufhebung des Vergütungsabschlags die wirtschaftliche Situation niedergelassener Ärzte und Zahnärzte in Ostdeutschland und trägt damit – neben anderen Maßnahmen – mittelbar auch zur Beseitigung von Hemmnissen bei der Niederlassung und damit letztlich auch zur Verbesserung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung in Ostdeutschland bei.

Zu Artikel 8 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift sieht ein Inkrafttreten am 1. Januar 2007 vor.

Anlage 2

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 824. Sitzung am 7. Juli 2006 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. **Zu Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe a und b** (§ 43b Abs. 2 Satz 4 und Satz 4 – neu – bis 9 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 1 sind die Buchstaben a und b wie folgt zu fassen:

‚a) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„In den Fällen des Satzes 3 hat die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung im Auftrag der Krankenkasse die Einziehung der Zuzahlung zu übernehmen, wenn der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlt. Sie können hierzu Verwaltungsakte gegenüber den Versicherten erlassen. Es können dabei die für den Verwaltungsakt entstehenden Kosten sowie entstandene Mahnkosten und eine angemessene Verzinsung geltend gemacht werden. Klagen gegen Verwaltungsakte nach Satz 5 haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. In den Bundesmantelverträgen kann ein von Satz 4 abweichendes Verfahren vereinbart werden; das Nähere zum Verfahren nach den Sätzen 1, 2 und 4 bis 7 ist in den Bundesmantelverträgen zu vereinbaren.“

b) Der bisherige Satz 4 wird aufgehoben.‘

Begründung

Eine eindeutigere Festlegung der Verantwortung für den Einzug der so genannten Praxisgebühr, wie sie der Entwurf der Bundesregierung vorsieht, ist grundsätzlich zu begrüßen.

Allerdings gehen die geplanten Neuregelungen nicht weit genug, wenn man vermeiden will, dass rechtmäßig handelnde Versicherte und die niedergelassenen Ärzte mit Kosten belastet werden, die durch säumige Patienten entstanden sind. Deshalb sollte den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur das Recht des Erlasses von Verwaltungsakten eingeräumt werden, sondern es ist ihnen auch zu ermöglichen, vorgerichtliche Mahnkosten, eine Verzinsung sowie die Kosten des notwendig gewordenen Verwaltungsaktes geltend zu machen.

2. **Zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe c1 – neu – und Buchstabe d** (§ 95 Abs. 5 – neu –, Abs. 6 Satz 1a – neu –, Satz 2 SGB V),
Artikel 5 Nr. 8a und 8b – neu – (§ 26 Abs. 1 und § 27 Satz 1 Ärzte-ZV) **und**
Artikel 6 Nr. 8a und 8b – neu – (§ 26 Abs. 1 und § 27 Satz 1 Zahnärzte-ZV)

Artikel 1 Nr. 5 ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Buchstabe c ist folgender Buchstabe einzufügen:

‚c1) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Zulassung ruht auf Beschluss des Zulassungsausschusses vollständig oder hälftig, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht entsprechend seinem Versorgungsauftrag aufnimmt oder ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist, oder auf Antrag eines Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist.“‘

b) Buchstabe d ist wie folgt zu fassen:

‚d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz 1a eingefügt:

„Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch eine hälftige Entziehung der Zulassung beschließen.“

bb) In Satz 2 werden … <weiter wie Vorlage>‘.

Folgeänderungen

a) In Artikel 5 sind nach Nummer 8 die folgenden Nummern einzufügen:

‚8a. In § 26 Abs. 1 werden die Wörter „das Ruhen“ durch die Wörter „das vollständige oder hälftige Ruhen“ ersetzt.

8b. In § 27 Satz 1 werden die Wörter „die Entziehung“ durch die Wörter „die vollständige oder hälftige Entziehung“ ersetzt.‘

b) In Artikel 6 sind nach Nummer 8 die folgenden Nummern einzufügen:

‚8a. In § 26 Abs. 1 werden die Wörter „das Ruhen“ durch die Wörter „das vollständige oder hälftige Ruhen“ ersetzt.

8b. In § 27 Satz 1 werden die Wörter „die Entziehung“ durch die Wörter „die vollständige oder hälftige Entziehung“ ersetzt.‘

Begründung

In Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe c (§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V) des Gesetzentwurfs wird der Umfang des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrages konkretisiert. Danach wird in Verbindung mit § 20 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte von einer Verpflichtung zur vollzeitigen (hauptberuflichen) vertragsärztlichen Tätigkeit ausgegangen. Diese liegt nicht vor, wenn der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer nicht ehrenamtlicher Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht im erforderlichen

Maße gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Verfügung steht. Zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeit wird anstelle einer „Vollzulassung“ die Möglichkeit einer „Teilzulassung“ vorgesehen.

Nach geltendem Recht kann der Zulassungsausschuss die Zulassung ruhen lassen, wenn der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt seine Tätigkeit nicht entsprechend dem Versorgungsauftrag aufnimmt oder ausübt, oder die Zulassung entziehen, wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt die Tätigkeit nicht aufnimmt, nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt (§ 95 Abs. 5 und 6 Satz 1 SGB V). Die Konsequenzen des Ruhens oder des Entzugs einer Zulassung sind für den einzelnen Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt gravierend. Zur Prüfung angemessener und erforderlicher Konsequenzen soll daher der Zulassungsausschuss die Möglichkeit erhalten, die Zulassung nur hälftig ruhen zu lassen oder hälftig zu entziehen. Diese Regelung steht auch im Einklang mit der Konkretisierung des Umfangs des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrages sowie mit der Möglichkeit zur Beschränkung des Versorgungsauftrages auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit („Teilzulassung“).

Darüber hinaus kann der Zulassungsausschuss mit dieser Regelung auch im Einzelfall angemessener auf den vom Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt persönlich wahrgenommenen Umfang der Versorgung der Versicherten reagieren. In welchem Umfang der Vertragsarzt oder der Vertragszahnarzt persönlich für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung steht, ist im Einzelfall nicht ausschließlich im Verhältnis zu einer Nebentätigkeit oder einer anderen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit zu beurteilen. Auch ohne Nebentätigkeit oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit kann eine nur im begrenzten Umfang wahrgenommene vollzeitige Zulassung vorliegen. Im Ergebnis führt dies zu einer Diskrepanz zwischen der Zahl der Zulassungen und dem tatsächlichen Versorgungsangebot.

Durch die Einfügung eines neuen Artikels 1 Nr. 5 Buchstabe c1 (§ 95 Abs. 5 SGB V) wird daher die Möglichkeit des Zulassungsausschusses, die Zulassung des Vertragsarztes oder Vertragszahnarztes ruhen zu lassen, um die Möglichkeit, dies hälftig entsprechend dem Versorgungsauftrag zu beschließen, ergänzt.

Analog wird durch die Neufassung des Artikels 1 Nr. 5 Buchstabe d (§ 95 Abs. 6 Satz 1a – neu – SGB V) die Möglichkeit des Zulassungsausschusses, die Zulassung in den genannten Fällen zu entziehen, durch die Möglichkeit einer hälftigen Entziehung ergänzt.

3. **Zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe f** (§ 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V),
Artikel 5 Nr. 7 Buchstabe a (§ 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV),
Nr. 11 Buchstabe b (§ 33 Abs. 3 Satz 5 Ärzte-ZV) **und**
Artikel 6 Nr. 7 Buchstabe a (§ 24 Abs. 3 Satz 1 Zahnärzte-ZV)

Der Gesetzentwurf ist wie folgt zu ändern:

a) In Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe f sind in § 95 Abs. 9 Satz 1 nach dem Wort „anstellen,“ die Wörter „soweit landesrechtliche Vorschriften über die Berufsausübung der Ärzte, Zahnärzte oder Psychotherapeuten nicht entgegenstehen und“ einzufügen.

b) Artikel 5 ist wie folgt zu ändern:

   aa) In Nummer 7 Buchstabe a sind in § 24 Abs. 3 Satz 1 nach dem Wort „sind“ die Wörter „im Rahmen der landesrechtlichen Vorschriften über die Berufsausübung der Ärzte oder Psychotherapeuten“ einzufügen.

   bb) In Nummer 11 Buchstabe b sind in § 33 Abs. 3 Satz 5 nach dem Wort „Genehmigung“ die Wörter „setzt voraus, dass landesrechtliche Vorschriften über die Berufsausübung der Ärzte oder Psychotherapeuten nicht entgegenstehen und“ einzufügen.

c) In Artikel 6 Nr. 7 Buchstabe a sind in § 24 Abs. 3 Satz 1 nach dem Wort „sind“ die Wörter „im Rahmen der landesrechtlichen Vorschriften über die zahnärztliche Berufsausübung“ einzufügen.

Begründung

Die vorgesehene Neufassung des § 95 Abs. 9 ermöglicht auch die fachübergreifende Anstellung von Ärzten. Die einschlägige Empfehlung des 107. Deutschen Ärztetages 2004 ist nicht von allen Ärztekammern satzungsrechtlich in die jeweilige Berufsordnung übernommen worden. Dies gilt auch für die im Tenor der Änderung angegebenen Vorschriften der Ärzte- und Zahnärzte-Zulassungsverordnung. Der Vorrang des landesrechtlichen Berufsausübungsrechts der betroffenen Heilberufe muss ausdrücklich gewahrt bleiben.

Der Zugang zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung ist nach herrschender Meinung und gefestigter Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kein Zugang zu einem eigenständigen Beruf, sondern nur eine Ausübungsform beispielsweise des einheitlichen Arztberufs. Das Recht der heilberuflichen Berufsausübung zu regeln, ist ausschließlich den Ländern vorbehalten, die die Ausgestaltung im Detail den Kammern dieser Heilberufe durch autonome Satzung (Berufsordnungen) übertragen haben. Der Bund ist schon nach dem verfassungsrechtlichen Gebot der Bundestreue gehalten, diese Kompetenzverteilung bei der Normsetzung ausdrücklich zu respektieren. Er kann sich dabei schon gar nicht – wie in der Begründung des Gesetzentwurfs ausgeführt – auf bloße Zweckmäßigkeitserwägungen berufen. Im Übrigen gilt es, einem durch Unterlassen der gebotenen Bezugnahme auf die vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften über die einschlägige Berufsausübung (wie bisher in § 33 Abs. 2 Satz 4 Ärzte-ZV) erzeugten falschen Rechtsschein und dessen Verfestigung entgegenzuwirken.

Die vorgesehenen Änderungen ermöglichen eine verfassungskonforme und flexible Anwendung der im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen in den einzelnen Ländern, Kammer- und KV-Bezirken und tragen somit den Belangen aller Beteiligten Rechnung.

4. **Zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe g** (§ 95 Abs. 9a Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe g sind in § 95 Abs. 9a Satz 1 das Wort „Ärzte“ durch die Wörter „Fachärzte für Allgemeinmedizin“ und die Wörter „Hochschullehrer für Allgemeinmedizin“ durch die Wörter „Hochschullehrer und wissenschaftliche Mitarbeiter in Instituten und Abteilungen für Allgemeinmedizin“ zu ersetzen.

Begründung

Der neue § 95 Abs. 9a dient der Erhaltung und Fortentwicklung der praktischen hausärztlichen Kompetenz von Hochschullehrern für Allgemeinmedizin, denen es durch die vorgesehene Regelung ermöglicht wird, als angestellte Ärzte außerhalb der Bedarfsplanung und ohne Beschränkung des Praxisumfangs in der Praxis eines an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarztes beschäftigt zu werden. Der Begriff Hochschullehrer umfasst allerdings nur Professoren und Juniorprofessoren, nicht jedoch die in einem Institut oder einer Abteilung für Allgemeinmedizin darüber hinaus tätigen wissenschaftlichen Mitarbeiter, soweit diese Fachärzte für Allgemeinmedizin sind. Auch diese müssen jedoch ihre allgemeinmedizinischen Kompetenzen erhalten bzw. erweitern.

5. **Zu Artikel 4** Nr. 1 (§ 192 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 SGG)

In Artikel 4 Nr. 1 sind in § 192 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 die Wörter „Einlegung der Klage missbräuchlich war,“ durch die Wörter „Klage abgewiesen wird und“ zu ersetzen.

Begründung

Grundsätzlich erscheint die Auferlegung von Verfahrenskosten im Streit um die Rechtmäßigkeit der Erhebung der so genannten Praxisgebühr sinnvoll. Wenn man allerdings vermeiden will, dass gesetzmäßig handelnde Versicherte und die niedergelassenen Ärzte mit Kosten belastet werden, die durch säumige Patienten entstanden sind, dann sollte die Kostenpflicht nicht nur dann gelten, wenn das Verfahren „missbräuchlich“ eingeleitet wurde. Das Risiko sollte so verteilt sein, dass ein Klagender die Verfahrenskosten auch dann zu tragen hat, wenn die Verweigerung der Zuzahlung unrechtmäßig war, selbst wenn vielleicht die Klageerhebung als solche in irgendeiner Form verständlich gewesen sein mag. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich das Ergebnis erst nach einer Beweisaufnahme herausstellen sollte.

6. **Zu Artikel 5 Nr. 7 Buchstabe a** (§ 24 Abs. 4 Satz 1 Ärzte-ZV) **und**
Artikel 6 Nr. 7 Buchstabe a (§ 24 Abs. 4 Satz 1 Zahnärzte-ZV)

In Artikel 5 Nr. 7 Buchstabe a § 24 Abs. 4 Satz 1 und Artikel 6 Nr. 7 Buchstabe a § 24 Abs. 4 Satz 1 ist jeweils das Wort „Auflagen“ durch das Wort „Nebenbestimmungen“ zu ersetzen.

Begründung

Die Änderung dient der Klarstellung, dass auch andere Nebenbestimmungen als Auflagen zulässig sind. Auflagen sind selbstständig durchsetzbare Nebenbestimmungen zu einem Verwaltungsakt. Im Vertragsarztrecht bzw. Vertragszahnarztrecht geht es bei Nebenbestimmungen jedoch weniger um die Begründung selbständig durchsetzbarer Verhaltenspflichten des Vertragsarztes/-zahnarztes als um die Wirksamkeit der Genehmigungs- und Ermächtigungsentscheidungen selbst, die durch Bedingungen und Befristungen modifiziert wird.

7. **Zu Artikel 5 Nr. 9a – neu –** (§ 32 Abs. 1 Satz 6 – neu – Ärzte-ZV),
Artikel 6 Nr. 9a – neu – (§ 32 Abs. 1 Satz 6 – neu – Zahnärzte-ZV) **und**
Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe b (§ 285 Abs. 3 Satz 5 – neu – SGB V)

Die Artikel 5, 6 und 1 sind wie folgt zu ändern:

a) In Artikel 5 ist nach Nummer 9 folgende Nummer einzufügen:

‚9a. Dem § 32 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Überschreitet innerhalb von zwölf Monaten die Dauer der Vertretung einen Monat, kann die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung beim Vertragsarzt oder beim Vertreter überprüfen, ob beim Vertreter die Voraussetzungen des Satzes 5 und des § 21 erfüllt sind.“‘

b) In Artikel 6 ist nach Nummer 9 folgende Nummer einzufügen:

‚9a. Dem § 32 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Überschreitet innerhalb von zwölf Monaten die Dauer der Vertretung einen Monat, kann die für den Vertragszahnarzt zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung beim Vertragszahnarzt oder beim Vertreter überprüfen, ob beim Vertreter die Voraussetzungen des Satzes 5 und des § 21 erfüllt sind.“‘

c) In Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe b ist § 285 Abs. 3 folgender Satz anzufügen:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten auf Anforderung untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und der in § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte genannten Aufgaben erforderlich ist.“

Begründung

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben bereits auf ihrer 62. Aufsichtsbehördentagung vom 14. bis 16. Mai 2003 in Hannover (TOP 28) gefordert, die Zulassungsverordnungen für Ärzte und Zahnärzte dahin gehend zu ergänzen, dass den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen bei länger dauernden Vertretungen das Recht eingeräumt wird, die bereits heute geregelten Voraussetzungen beim zu vertretenden Vertrags(zahn)-arzt und beim Vertreter zu überprüfen.

Die Notwendigkeit wird durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes vom 30. Juni 2004 (Az. B 6 KA 11/04 R) untermauert. Den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen ist es kaum noch möglich, ggf. in der Person des Vertreters liegende konkrete Umstände zu erfassen,

die eine Eignung für eine Tätigkeit in einer vertrags(zahn)ärztlichen Praxis ausschließen würden.

Damit können Ärzte oder Zahnärzte bis zu drei Monaten je Vertrags(zahn)arzt ohne Genehmigung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen als Vertreter tätig werden. Ein Vertreter kann für verschiedene Vertrags(zahn)ärzte auch mehrmals innerhalb von zwölf Monaten ohne Genehmigung an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmen, was ggf. aus Qualitätssicherungsüberlegungen und im Hinblick auf § 75 SGB V problematisch sein kann.

Durch die „Kann-Regelung“ und die Begrenzung auf länger dauernde Vertretungen soll sichergestellt werden, dass hier kein unnötiges bürokratisches Überprüfungsverfahren aufgebaut wird, andererseits den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen aber die Möglichkeit einer qualitätssichernden Überprüfung im konkreten Einzelfall eingeräumt wird.

Dabei soll auch die Möglichkeit geschaffen werden, die hierfür benötigten Daten unmittelbar bei anderen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen einzuholen.

8. **Zu Artikel 5** Nr. 16 (§ 46 Ärzte-ZV),
Artikel 6 Nr. 16 (§ 46 Zahnärzte-ZV)

Der Bundesrat bittet im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob die Verordnungsermächtigung des § 98 Abs. 2 Nr. 4 SGB V die geplanten Gebührenregelungen trägt, oder ob diese Norm im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens ergänzt werden soll.

Begründung

Durch Artikel 5 Nr. 16 und Artikel 6 Nr. 16 sollen die in § 46 Ärzte-ZV und § 46 Zahnärzte-ZV geregelten Gebühren angehoben werden.

Der Gesetzgeber ist bei einer Änderung von Rechtsverordnungen an die Grenzen der Verordnungsermächtigung gebunden (vgl. BVerfG, Urteil vom 13. September 2005 – 2 BvF 2/03 –, NVwZ 2006, S. 191). Eine unzureichende Verordnungsermächtigung beschränkt deshalb auch die Regelungskompetenz des Gesetzgebers.

Bei der Prüfung, ob eine zureichende Ermächtigungsgrundlage vorliegt, ist zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber die nähere Ausgestaltung des Gebührentatbestandes zwar dem Verordnungsgeber überlassen darf. Die Verfassungsmäßigkeit der Gebührenfestsetzung setzt aber voraus, dass die Pflicht zur Zahlung von Gebühren nach Inhalt, Zweck und Ausmaß durch den Gesetzgeber bestimmt ist. Dem Verordnungsgeber darf nicht freigestellt werden, welche öffentlichen Leistungen die Gebührenpflicht auslösen und welche Leistungen gebührenfrei sein sollen (vgl. BVerwG, Urteil vom 30. April 2003 – BVerwG 6 C 6.02 –, BVerwGE 118, 128). Zugleich ist erforderlich, dass der mit dem Gebührentatbestand verfolgte Gebührenzweck in der Verordnungsermächtigung seinen Niederschlag gefunden hat (vgl. BVerwG, Beschluss vom 12. Juli 2005 – BVerwG 6 B 22.05 –, m. w. N.; OVG Berlin, Urteil vom 22. Juni 2005 – 2 B 5.05).

Gemessen hieran erscheint zum einen zweifelhaft, ob eine hinreichende gesetzliche Grundlage für die Regelung – und damit auch für die beabsichtigte Erhöhung von Gebühren – für den Antrag auf Eintragung im Arzt- oder Zahnarztregister gemäß § 46 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe a Ärzte-ZV und § 46 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe a Zahnärzte-ZV besteht. Im SGB V werden derartige Gebühren für die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen augenscheinlich nicht ausdrücklich erwähnt, wohingegen § 96 Abs. 3 Satz 2 SGB V für die Zulassungsausschüsse von einer Teilkostendeckung durch Gebühren ausgeht. Da auch § 98 Abs. 2 Nr. 4 SGB V die in der Verordnung zwingend zu regelnden Verfahrensgebühren gerade im Zusammenhang mit den Kosten der Ausschüsse erwähnt, erscheint fraglich, ob hierunter auch das der Ausschussbefassung vorgelagerte und von einer anderen öffentlichen Stelle getragene Registrierungsverfahren gefasst werden kann.

Bedenken gegenüber der geplanten Regelung ergeben sich zum anderen aus dem Umstand, dass die zur Erhöhung vorgesehenen Gebührentatbestände von § 46 Abs. 2 Zahnärzte-ZV und § 46 Abs. 2 Ärzte-ZV augenscheinlich am Zweck der Vorteilsabschöpfung ausgerichtet sind; so hat etwa der Eintritt der Unanfechtbarkeit einer Zulassung nach Buchstabe a dieser Normen weniger mit dem Verwaltungsaufwand als mit dem Nutzen der Amtshandlung zu tun. Es erscheint indes zweifelhaft, ob sich der Verordnungsermächtigung entnehmen lässt, dass die Erhebung dieser Verwaltungsgebühren auch dem Zweck der Vorteilsabschöpfung dienen soll, wie es in diesem Fall erforderlich wäre.

Diese Frage sollte daher im Gesetzgebungsverfahren nochmals geprüft werden. Die Verordnungsermächtigung des § 98 Abs. 2 Nr. 4 SGB V sollte gegebenenfalls insoweit konkretisiert werden.

9. **Zu Artikel 6** **Nr. 7 Buchstabe a** (§ 24 Abs. 3 Satz 2, 3 und Satz 5 bis 8 Zahnärzte-ZV) **und Nr. 11 Buchstabe b** (§ 33 Abs. 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 2 bis 5 Zahnärzte-ZV)

Artikel 6 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 7 Buchstabe a ist § 24 Abs. 3 wie folgt zu ändern:

aa) Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 hat der Vertragszahnarzt Anspruch auf vorherige Genehmigung durch seine Kassenzahnärztliche Vereinigung.“

bb) Die Sätze 3 und 5 bis 8 sind zu streichen.

b) In Nummer 11 Buchstabe b ist § 33 wie folgt zu ändern:

aa) In Absatz 2 Satz 2 sind nach den Wörtern „Sie ist“ die Wörter „innerhalb des Bezirks einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung“ einzufügen.

bb) In Absatz 3 sind die Sätze 2 bis 5 zu streichen.

Begründung

Durch die Änderungen der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zugelassen werden können.

Die Änderung bezweckt, dass wie bisher auch über den Bezirk einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KV) hinausgehende Berufsausübungsgemeinschaften nicht zulässig sein sollen. Die anderen Änderungen zur Verbesserung der vertragszahnärztlichen Flexibilisierung werden von dem Änderungsbegehren nicht berührt.

Durch die Bildung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften soll die Möglichkeit für Vertragszahnärzte, an weiteren Orten außerhalb ihres Vertragsarztsitzes tätig werden zu können, erweitert werden. Das Bedarfsplanungs- und Vergütungsrecht soll aber nicht entsprechend liberalisiert werden. Die Möglichkeit der Vertragszahnärzte, in mehreren KV-Bezirken gleichzeitig tätig zu sein, wird dazu führen, dass die weiterhin budgetierte Gesamtvergütung über Verträge und Honorarverteilungsmaßstäbe nicht mehr gesteuert werden kann. Bedarfsplanung und Wirtschaftlichkeitsprüfung werden unter diesen Bedingungen nicht mehr möglich sein.

10. **Zu Artikel 6** **Nr. 9a – neu –** (§ 32 Abs. 2 Satz 1 und 2 – neu – Zahnärzte-ZV) **und** **Nr. 10** (§ 32b Abs. 1 und 2 Satz 1 und 2 Zahnärzte-ZV)

In Artikel 6 ist nach Nummer 9 folgende Nummer einzufügen:

‚9a. § 32 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„für die Beschäftigung genügt es, dass die Assistenten Inhaber eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde gemäß § 13 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde sind.“

b) In Satz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„Satz 1 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.“‘

Als Folge ist

Artikel 6 Nr. 10 ist wie folgt zu fassen:

‚10. § 32b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) … <wie Vorlage>“.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„§ 32 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.“

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für den Antrag gelten § 4 Abs. 2 Satz 1 und 2 Buchstabe a, Abs. 3 und 4 sowie § 18 Abs. 2 bis 4 entsprechend.“‘

Begründung

Zahnärzten, die „lediglich“ eine Erlaubnis nach § 13 des Zahnheilkundegesetzes, jedoch nicht die Approbation besitzen, ist in der Regel die Beschäftigung als Assistenten in einer Vertragszahnarztpraxis verwehrt. Das Gleiche gilt für eine Beschäftigung als angestellter Zahnarzt. Inhaber einer „bloßen“ Erlaubnis gemäß § 13 des Zahnheilkundegesetzes können damit ihren Beruf so gut wie nicht ausüben, weil ihnen lediglich eine Tätigkeit in den – sehr wenigen – Privatpraxen oder Universitätszahnkliniken offensteht. Diese Einschränkung ist insbesondere aus folgenden Gründen nicht vertretbar:

– Die Erlaubnis verleiht nach § 13 Abs. 5 des Zahnheilkundegesetzes ausdrücklich dieselben Rechte und Pflichten wie die Approbation.
– Sie wird gerade für die Tätigkeit als angestellter Zahnarzt erteilt; es gibt folglich keinen sachlichen Grund, die Approbation zu fordern.
– Ausländischen Antragstellern wird die Möglichkeit genommen, durch eine mehrjährige zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen einer Erlaubnis nach § 13 des Zahnheilkundegesetzes die Voraussetzungen für die Erteilung der Approbation als „besonderer Einzelfall“ zu erwerben.

11. **Zu Artikel 7** (Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung)

Die Bundesregierung wird gebeten, eine Siebte Gebührenanpassungsverordnung mit dem Ziel zu erlassen, den Vergütungsabschlag für ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen sowie Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger in den neuen Ländern und in Ostberlin gestaffelt bis zum Jahr 2010 entfallen zu lassen.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung steht nicht im Einklang mit der Einkommensentwicklung in den neuen Ländern.

Vor diesem Hintergrund sollte eine vollständige Angleichung der Gebühren erst zum 1. Januar 2010 erfolgen.

Begründung

Mit der Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung entfällt der Vergütungsabschlag von 10 Prozent für ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen sowie Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger in den neuen Ländern und in Ostberlin. Für Bund, Länder und Gemeinden entstehen als Beihilfekostenträger durch die Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung Mehraufwendungen von jährlich rund 6,5 Mio. Euro.

Anlage 3

Gegenäußerung der Bundesregierung

1. **Zu Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe a und b** (§ 43b Abs. 2 Satz 4 und Satz 4 – neu – bis 9 – neu – SGB V)

   Der Vorschlag wird abgelehnt. Die vorgeschlagene Ergänzung, mit der die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ermächtigt werden, im Falle der Einziehung der Praxisgebühr durch Verwaltungsakt die für den Verwaltungsakt entstehenden Kosten sowie entstandene Mahnkosten und eine angemessene Verzinsung beim Versicherten geltend zu machen, steht im Widerspruch zu dem in § 64 SGB X enthaltenen Grundsatz, dass für das Verfahren bei den Behörden nach dem Sozialgesetzbuch keine Gebühren und Auslagen erhoben werden.

2. **Zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe c1 – neu – und Buchstabe d** (§ 95 Abs. 5 – neu –, Abs. 6 Satz 1a – neu –, Satz 2 SGB V,
   Artikel 5 Nr. 8a und 8b – neu – (§ 26 Abs. 1 und § 27 Satz 1 Ärzte-ZV) **und**
   Artikel 6 Nr. 8a und 8b – neu – (§ 26 Abs. 1 und § 27 Satz 1 Zahnärzte-ZV)

   Den Änderungsvorschlägen wird vorbehaltlich einer rechtsförmlichen Überarbeitung grundsätzlich zugestimmt.

3. **Zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe f** (§ 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V),
   Artikel 5 Nr. 7 Buchstabe a (§ 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV),
   Nr. 11 Buchstabe b (§ 33 Abs. 3 Satz 5 Ärzte-ZV),
   Artikel 6 Nr. 7 Buchstabe a (§ 24 Abs. 3 Satz 1 Zahnärzte-ZV) **und**
   Nr. 11 Buchstabe b (§ 33 Abs. 3 Satz 5 Zahnärzte-ZV)

   Die vorgeschlagenen Änderungen werden abgelehnt. Den im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen lässt sich mit hinreichender Deutlichkeit entnehmen, dass sie ausschließlich Aussagen zur vertragsärztlichen Zulässigkeit treffen und evtl. berufsrechtliche Zulässigkeitshindernisse unberührt lassen.

4. **Zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe g** (§ 95 Abs. 9a Satz 1 SGB V)

   Den Änderungsvorschlägen wird grundsätzlich zugestimmt.

5. **Zu Artikel 4 Nr. 1** (§ 192 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 SGG)

   Der Vorschlag wird abgelehnt. Wie bereits in der Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Gesetzentwurf des Bundesrates zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes (Bundestagsdrucksache 16/1028) – Einführung von Gebühren im sozialgerichtlichen Verfahren – ausgeführt, hält es die Bundesregierung für erforderlich, die Einführung von Unterliegensgebühren im sozialgerichtlichen Verfahren durch eine breit angelegte Untersuchung zu überprüfen. Die vorzeitige Einführung einer partiellen Unterliegensgebühr würde sich hierzu in Widerspruch setzen.

6. **Zu Artikel 5 Nr. 7 Buchstabe a** (§ 24 Abs. 4 Satz 1 Ärzte-ZV) **und**
   Artikel 6 Nr. 7 Buchstabe a (§ 24 Abs. 4 Satz 1 Zahnärzte-ZV)

   Dem Änderungsvorschlag wird zugestimmt.

7. **Zu Artikel 5 Nr. 9a – neu –** (§ 32 Abs. 1 Satz 6 – neu – Ärzte-ZV),
   Artikel 6 Nr. 9a – neu – (§ 32 Abs. 1 Satz 6 – neu – Zahnärzte-ZV) **und**
   Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe b (§ 285 Abs. 3 Satz 5 – neu – SGB V)

   Dem Änderungsvorschlag wird vorbehaltlich einer rechtförmlichen Überarbeitung grundsätzlich zugestimmt.

8. **Zu Artikel 5 Nr. 16** (§ 46 Ärzte-ZV),
   Artikel 6 Nr. 16 (§ 46 Zahnärzte-ZV)

   Der Prüfbitte wird entsprochen.

9. **Zu Artikel 6 Nr. 7 Buchstabe a** (§ 24 Abs. 3 Satz 2, 3 und 5 bis 8 Zahnärzte-ZV) **und**
   Nr. 11 Buchstabe b (§ 33 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 Satz 2 bis 5 Zahnärzte-ZV)

   Der Änderungsvorschlag wird abgelehnt. Der Gesetzentwurf sieht sowohl für Vertragsärzte als auch für Vertragszahnärzte die Möglichkeit vor, künftig über den Bezirk einer Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigung hinausgehende Zweigpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften zu bilden. Es ist nicht nachvollziehbar, warum nach der vorgeschlagenen Änderung solche bezirksübergreifende Zweigpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung künftig zulässig sein sollen, entsprechende Zweigpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung hingegen nicht ermöglicht werden sollen. Eine Begründung für eine solche Differenzierung ist nicht ersichtlich und dem Änderungsvorschlag auch nicht zu entnehmen.

10. **Zu Artikel 6 Nr. 9a – neu –** (§ 32 Abs. 2 Satz 1 und 2 – neu – Zahnärzte-ZV) **und**
    Nr. 10 (§ 32b Abs. 1 und 2 Satz 1 und 2 Zahnärzte-ZV)

    Die Änderungsvorschläge werden abgelehnt. Die Erlaubnis nach § 13 des Gesetzes über die Ausübung der

Zahnheilkunde gewährleistet keinen gleichwertigen Ausbildungstand. So weist z. B. die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ausdrücklich darauf hin, dass die langjährige praktische Erfahrung in Kommissionen der Zahnärztekammern auf Landesebene, die die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes dieser Personengruppe überprüfen, ergeben habe, „dass in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein Ausbildungsniveau und ein Stand der praktischen Fertigkeiten vorliegt, der nicht nur mit dem Ausbildungs- und Kenntnisstand eines deutschen Hochschulabsolventen in keiner Weise vergleichbar ist, sondern oft auch die elementarsten Voraussetzungen für eine praktische Tätigkeit am Patienten vermissen lässt“. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die dargelegten Bedenken durch die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausweitung der Anstellungsmöglichkeiten noch an Bedeutung gewinnen.

11. **Zu Artikel 7** (Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die vorgesehene Aufhebung des Vergütungsabschlages zum 1. Januar 2007 dient neben anderen Maßnahmen dazu, bereits ab dem Jahre 2007 mittelbar Hemmnisse bei der Niederlassung in den neuen Ländern zu beseitigen und somit die ärztliche und zahnärztliche Versorgung zu verbessern. Diesem Ziel würde eine vollständige Aufhebung des Vergütungsabschlags erst im Jahr 2010 nicht gerecht.

Die Bundesregierung weist abschließend auf den Anpassungsbedarf hin, der sich durch das bevorstehende Inkrafttreten der Föderalismusreform ergibt. Sie wird sich im weiteren Gesetzgebungsverfahren dazu äußern.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333